interface
comunicação saúde educação
2014: 18(51) ISSN 1807-5762
UNESP
Baillistas

Interface - Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação interdisciplinar, trimestral, editada pela Unesp (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu e Instituto de Biociências de Botucatu), dirigida para a Educação e a Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia e as Ciências Sociais e Humanas. Dá-se ênfase à pesquisa qualitativa.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação is an interdisciplinary, quarterly publication of Unesp - São Paulo State University (Laboratory of Education and Communication in Health, Department of Public Health, Botucatu Medical School and Botucatu Biosciences Institute), focused on Education and Communication in the healthcare practices, Health Professional Education (Higher Education and Inservice Education) and the interface of Public Health with Philosophy and Human and Social Sciences. Qualitative research is emphasized.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação es una publicación interdisciplinar, trimestral, de Unesp – Universidad Estadual Paulista (Laboratorio de Educación y Comunicación en Salud, Departamento de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Medicas, e Instituto de Biociencias, campus de Botucatu), destinada a la Educación y la Comunicación en las practicas de salud, la formación de los profesionales de salud (universitaria y continuada) y a la Salud Colectiva en su articulación con la Filosofía y las Ciencias Humanas y Sociales. Enfatiza la investigación cualitativa.

EDITORES/EDITORS/EDITORES
Antonio Pithon Cyrino, Unesp
Lilia Blima Schraiber, USP
Miriam Celí Pimentel Porto Foresti, Unesp

EDITORAS ASSISTENTES/ ASSISTENT EDITORS/ EDITORAS ASISTENTES
Eunice Nakamura, Unifesp
Margareth Santini de Almeida, Unesp
Túlio Batista Franco, UFF
Vera Lúcia Garcia, Interface - Comunicação, Saúde, Educação

EDITORA EXECUTIVA/EXECUTIVE EDITOR/EDITORA EJECUTIVA
Mônica Leopardi Bosco de Azevedo, Interface - Comunicação, Saúde, Educação

EDITORES DE AREA/ÁREA EDITORS/EDITORES DE ÁREA
Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira, USP
Charles Dalcanale Tesser, UFSC
Claudio Bertolli Filho, Unesp
Denise Martin Covielo, Unifesp
Eliana Goldfarb Cyrino, Unesp
Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, USP
Maria Dionísia do Amaral Dias, Unesp
Neusi Aparecida Navas Berbel, UEL
Roseli Esquerdo Lopes, Ufscar
Silvio Yasui, Unesp
Sylvia Helena Souza da Silva Batista, Unifesp
Victoria Maria Brant Ribeiro, UFRJ

EDITORAS DE CRIAÇÃO/CREATION EDITORS/EDITORAS DE CREACIÓN
Elisabeth Maria Freire de Araújo Lima, USP
Mariângela Scaglione Quarentei, Unesp

Equipe de Criação/Creation staff/Equipo de Creación
Eduardo Augusto Alves Almeida, USP
Eliane Dias de Castro, USP
Gisele Dozono Asanuma, USP
Paula Carpinetti Aversa, USP
Renata Monteiro Buelau, USP

PROJETO GRÁFICO/GRAPHIC DESIGN/PROYECTO GRÁFICO
Projeto gráfico-textual/Graphic textual project/Proyecto gráfico-textual
Adriana Ribeiro, Interface - Comunicação, Saúde, Educação
Mariângela Scaglione Quarentei, Unesp
Identidade visual/Visual identity/Identidad visual
Érica Cezarini Cardoso, Desígnio Ecodesign
Editoração Eletrônica/Journal design and layout/Editoración electrónica
Adriana Ribeiro

PRODUÇÃO EDITORIAL/EDITORIAL PRODUCTION/ PRODUCCIÓN EDITORIAL
Assistente administrativo/Administrative assistent/Asistente administrativo
Juliana Freitas Oliveira
Auxiliar administrativo/Administrative assistant/ Ayudante administrativo
Nieli de Lima
Normalização/Normalization/Normalización
Enilze de Souza Nogueira Volpato
Luciene Pizzani
Rosemary Cristina da Silva
Revisão de textos/Text revision/Revisión de textos
Angela Castello Branco (Português/Portuguese/Potugués)
David Elliff (Inglês/English/Inglés)
María Carbajal (Espanhol/Spanish/Español)
Web design
IDETEC
Manutenção do website/Website support/ Manutención del sitio
Juliana Freitas Oliveira

Capa/Cover/Portada: Baillistas, série #3 - solidão, 2013

CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO/SCIENTIFIC
EDITORIAL BOARD/CONSEJO EDITORIAL CIENTÍFICO

Adriana Kelly Santos, UFV
Afonso Miguel Cavaco, Universidade de Lisboa, Portugal
Alain Ehrenberg, Université Paris Descartes, France
Alejandra López Gómez, Universitad de la Republica Uruguaia, Uruguai
Ana Lúcia Coelho Heckert, UFES
Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira, Unesp
André Martins Vilar de Carvalho, UFRJ
Andrea Caprara, UECE
António Nóvoa, Universidade de Lisboa, Portugal
Carlos Eduardo Aguilera Campos, UFRJ
Carmen Fontes de Souza Teixeira, UFBa
Carolina Martinez-Salgado, Universidad Autónoma Metropolitana, México
César Ernesto Abadia-Barrero, Universidad Nacional de Colombia, Colômbia
Charles Briggs, UCSD, USA
Cleoni Maria Barbosa Fernandes, PUCRS
Cristina Maria Garcia de Lima Parada, Unesp
Diego Gracia, Universidad Complutense de Madrid, Espanha
Eduardo L. Menéndez, CIESAS, México
Flavia Helena Miranda de Araújo Freire, UnP
Francini Lube Guizardi, Fiocruz
Francisco Javier Uribe Rivera, Fiocruz
Geórgia Sibele Nogueira da Silva, UFRN
Graça Carapinheiro, ISCTE, Portugal
Guilherme Souza Cavalcanti, UFPr
Hugo Mercer, Universidad de Buenos Aires, Argentina
Ildeberto Muniz de Almeida, Unesp
Inesita Soares de Araújo, Fiocruz
Isabel Fernandes, Universidade de Lisboa, Portugal
Jairnilson da Silva Paim, UFBa
Janine Miranda Cardoso, Fiocruz
Jesús Arroyave, Universidade del Norte, Colômbia
John Le Carreño, Universidade Adventista, Chile
José Carlos Libâneo, UCG
José Ivo dos Santos Pedrosa, UFPI
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, USP
José Roque Junges, Unisinos
Karla Patrícia Cardoso Amorim, UFRN
Laura Macruz Feuerwerker, USP
Leandro Barbosa de Pinho, UFRGS
Leonor Graciela Natansohn, UFBa
Lígia Amparo da Silva Santos, UFBa
Lydia Feito Grande, Universidad Complutense de Madrid, Espanha
Luciana Kind do Nascimento, PUCMG
Luis Behares, Universidad de la Republica Uruguaia, Uruguai
Luiz Fernando Dias Duarte, UFRJ
Magda Dimenstein, UFRN
Marcelo Dalla Vecchia, UF São João Del Rei
Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos, UFBa
Márcia Thereza Couto Falcão, USP
Marcos Antonio Pellegrini, Universidade Federal de Roraima
Marcus Vinicius Machado de Almeida, UFRJ
Margarida Maria da Silva Vieira, Universidade Católica Portuguesa, Portugal
Maria Antônia Ramos de Azevedo, Unesp
Maria Cecília de Souza Minayo, ENSP/Fiocruz
Maria Cristina Davini, OPAS, Argentina
Maria del Consuelo Chapela Mendoza, Universidad Autónoma Metropolitana, México
Maria Elizabeth Barros de Barros, UFES
Maria Inês Baptistella Nemes, USP
Maria Isabel da Cunha, Unisinos
Maria Ligia Rangel Santos, UFBa
Marilene de Castilho Sá, ENSP, Fiocruz
Marina Peduzzi, USP
Maximiliano Loiola Ponte de Souza, Fiocruz
Miguel Montagner, UnB
Marli Elisa Dalmaso Afonso D'André, PUCSP
Mònica Lourdes Franch Gutiérrez, UFPb
Mónica Petracci, UBA, Argentina
Nildo Alves Batista, Unifesp
Paulo Henrique Martins, UFPE
Paulo Roberto Gibaldi Vaz, UFRJ
Regina Duarte Benevides de Barros, UFF
Reni Aparecida Barsaglini, UFMT
Ricardo Burg Ceccim, UFRGS
Ricardo Rodrigues Teixeira, USP
Richard Guy Parker, Columbia University, USA
Robert M. Anderson, University of Michigan, USA
Roberta Bivar Carneiro Campos, UFPE
Roberto Castro Pérez, Universidad Nacional Autónoma de México, México
Roberto Passos Nogueira, IPEA
Roger Ruiz-Moral, Universidad Francisco de Vitoria, Espanha
Roseni Pinheiro, UERJ
Russel Parry Scott, UFPE
Sandra Noemí Cucurullo de Caponi, UFSC
Sérgio Resende Carvalho, Unicamp
Simone Mainieri Paulon, UFRGS
Soraya Fleischer, UnB
Stela Nazareth Meneghel, UFRGS
Vânia Moreno, Unesp

APOIO/SPONSOR/APOYO
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico
e Tecnológico - CNPq
Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp
Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar -
Famesp
Instituto de Biociências de Botucatu/Unesp
Pró-Reitoria de Pesquisa/Unesp

INDEXADA EM/INDEXED/ABSTRACT IN/INDEXADA EN

. Bibliografia Brasileira de Educação
<http://www.inep.gov.br>
. CLASE - Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales
y Humanidades
<http://www.dgbiblio.unam.mx>
. CCN - Catálogo Coletivo Nacional/IBICT
<http://ccn.ibict.br>
. DOAJ - Directory of Open Access Journal
<http://www.doaj.org>
. EBSCO Publishing's Electronic Databases
<http://www.ebscohost.com>
. EMCare - <http://www.info.embase.com/emcare>
. Google Academic - <http://scholar.google.com.br>
. LATINDEX - Sistema Regional de Información en Línea para
Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y
Portugal - <http://www.latindex.unam.mx>
. LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências
da Saúde - <http://www.bireme.org>
. Linguistics and Language Behavior Abstracts - LLBA
<http://www.csa.com.br>
. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe,
España y Portugal - <http://redalyc.uaemex.mx/>
. Coleção SciELO Brasil/Coleção SciELO Social Sciences
<http://www.scielo.br/icse>
<http://socialsciences.scielo.org/icse>
. SciELO Citation Index
<http://wokinfo.com/products_tools/multidisciplinary/scielo/>
. SciELO Saúde Pública
<www.scielosp.org.br>
. Social Planning/Policy & Development Abstracts
<http://www.cabi.org>
. Scopus - <http://info.scopus.com>
. SocINDEX - <http://www.ebscohost.com/
biomedical-libraries/socindex>
. CSA Sociological Abstracts - <http://www.csa.com>
. CSA Social Services Abstracts - <http://www.csa.com>

TEXTO COMPLETO EM
. <http://www.scielo.br/icse>
. <http://www.interface.org.br>

SECRETARIA/OFFICE/SECRETARÍA
Interface - Comunicação, Saúde, Educação
Distrito de Rubião Junior, s/n° - Campus da Unesp
Caixa Postal 592
Botucatu - SP - Brasil 18.618-000
Fone/fax: (5514) 3880.1927
intface@fmb.unesp.br www.interface.org.br

Baillistas, série #3 - solidão, 2013

Interface - comunicação, saúde, educação/
UNESP, 2014; 18(51)
Botucatu, SP: UNESP

Trimestral
ISSN 1807-5762

1. Comunicação e Educação 2. Educação em Saúde
3. Comunicação e Saúde 4. Ciências da Educação
5. Ciências Sociais e Saúde 6. Filosofia e Saúde
I UNESP

Filiada à

A B E C
Associação Brasileira de
Editores Científicos

interface
comunicação saúde educação
2014; 18(51) ISSN 1807-5762

631 apresentação

artigos

633 A pesquisa-ação em estudos interdisciplinares: análise de critérios que só a prática pode revelar
Renata Ferraz de Toledo; Leandro Luiz Giatti; Pedro Roberto Jacobi

647 Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária
Lilian Magda de Macedo; Sueli Terezinha Ferrero Martin

661 Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público
Renata Antunes Figueiredo Leite; Emanuele Seicenti de Brito; Laís Mara Caetano da Silva; Pedro Fredemir Palha; Carla Aparecida Arena Ventura

673 Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina
Josefina Leonor Brown; Mario Pecheny; María Cecilia Tamburrino; Leandro Luciani Conde; Gabriela Viviana Perrotta; Alejandro Capriati; Ana María Andia; Silvia Mario; Inés Ibarlucia

685 Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
Bruno Ferrari Emerich; Rosana Onocko Campos; Eduardo Passos

697 Humanização em contexto pediátrico: o papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada
Carla Hiolanda Esteves; Conceição Antunes; Susana Caires

709 A promoção da saúde de crianças em espaço hospitalar: refletindo sobre a prática fisioterapêutica
Miriam Ribeiro Calheiros de Sá; Romeu Gomes

723 Enfrentamento da violência no ambiente escolar na perspectiva dos diferentes atores
Verônica Borges Kappel; Daniela Tavares Gontijo; Marcelo Medeiros; Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

737 Itinerário dos usuários de medicamentos via judicial no estado do Amazonas, Brasil
Marselle Nobre de Carvalho; Silvana Nair Leite

749 Formação docente na área da saúde: avaliação, questões e tensões
Maria Inês Bomfim; Valéria Morgana Penzin Goulart; Lêda Zorayde de Oliveira

759 Una estrategia didáctica para la formación de educadores de salud en Brasil: la indagación dialógica problematizadora
Ana Lía De Longhi; Gonzalo Miguel Angel Bermudez; Patricia Lima Dubeux Abensur; Lidia Ruiz-Moreno

771 O aprender fazendo: representações sociais de estudantes da saúde sobre o portfólio reflexivo como método de ensino, aprendizagem e avaliação
Glauce Dias da Costa; Rosângela Minardi Mitre Cotta

espaço aberto

785 "Campo" en la educación médica: un escenario para poner en perspectiva prácticas de Salud y Educación
Gabriela Lucía Lacarta; Diana Milstein; Tomás Schwarcz; María Andrea Dakessian; Alicia Cattani

795 livros

797 teses

criação

781 série #3 - solidão
Debora Gepp

interface
comunicação saúde educação
2014; 18(51) ISSN 1807-5762

632 presentation

articles

633 Action research in interdisciplinary studies: analysis on criteria that can be revealed only through practice
Renata Ferraz de Toledo; Leandro Luiz Giatti; Pedro Roberto Jacobi

647 Interdependence between the levels of care in Brazilian Health Sistem (SUS): meanings of integrality reported by primary care workers
Lilian Magda de Macedo; Sueli Terezinha Ferrero Martin

661 Access to healthcare information and comprehensive care: perceptions of users of a public service
Renata Antunes Figueiredo Leite; Emanuele Seicenti de Brito; Laís Mara Caetano da Silva; Pedro Fredemir Palha; Carla Aparecida Arena Ventura

673 Gynecological care among lesbians and bisexual women: notes on the situation in Argentina
Josefina Leonor Brown; Mario Pecheny; María Cecilia Tamburrino; Leandro Luciani Conde; Gabriela Viviana Perrotta; Alejandro Capriati; Ana María Andia; Silvia Mario; Inés Ibarlucia

685 Rights within madness: what psychosocial care center users and managers say
Bruno Ferrari Emerich; Rosana Onocko Campos; Eduardo Passos

697 Humanization in a pediatric context: the role of clowns in improving the environment experienced by hospitalized children
Carla Hiolanda Esteves; Conceição Antunes; Susana Caires

709 Health promotion among children in a hospital setting: reflections on physiotherapy practice
Miriam Ribeiro Calheiros de Sá; Romeu Gomes

723 Coping with violence in the school environment from the perspectives of different players
Verônica Borges Kappel; Daniela Tavares Gontijo; Marcelo Medeiros; Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

737 Itinerary of users of judicial access to medicines in the state of Amazonas, Brazil
Marselle Nobre de Carvalho; Silvana Nair Leite

749 Teacher education in health: assessment, issues and tensions
Maria Inês Bomfim; Valéria Morgana Penzin Goulart; Lêda Zorayde de Oliveira

759 A teaching strategy for education in health in Brazil: dialogic problematizing inquiry
Ana Lía De Longhi; Gonzalo Miguel Angel Bermudez; Patricia Lima Dubeux Abensur; Lidia Ruiz-Moreno

771 "Learning-by-doing": social representations of healthcare students regarding reflective portfolio as a teaching, learning and assessment method
Glauce Dias da Costa; Rosângela Minardi Mitre Cotta

open space

785 "Field" in medical education: a scenario for putting healthcare and education practices into perspective
Gabriela Lucía Lacarta; Diana Milstein; Tomás Schwarcz; María Andrea Dakessian; Alicia Cattani

795 books

797 theses

creation

781 series #3 - solitude
Debora Gepp

DOI: 10.1590/1807-57622014.1117

Este fascículo 51 da revista Interface revela, por meio dos manuscritos publicados em suas diversas seções, a marca de origem: uma pretensão de contemplar as áreas da Comunicação, da Saúde e da Educação, buscando suas possibilidades de diálogo e interações. Mantendo-se também na referência das pesquisas de corte qualitativo, busca oferecer ao leitor não só a continuidade de discussões de temas que já se poderiam chamar de tradicionais nessas áreas, embora ainda provocadores da produção científica atual, quanto situá-lo diante de novas questões de pesquisa e de novos e complexos objetos de estudo. Uma visão panorâmica, nesse sentido, pode ser fornecida por algumas das palavras-chave dos textos ora publicados: pesquisa qualitativa; pesquisa-ação; interdisciplinaridade; participação; direito à saúde; acesso à informação; assistência integral à saúde; humanização; promoção da saúde; integralidade; sexualidade; serviço de saúde reprodutiva; saúde mental; autonomia; direitos humanos; saúde na escola; intersetorialidade; ambiente hospitalar; direito à saúde; judicialização; ensino superior; formação em saúde; educação médica; trabalho docente; formação docente; problematização; prática reflexiva.

Desse modo, constam desta edição: artigos debatendo desde processos de aprendizagem de alunos à formação de docentes, enquanto abordagens de importantes aspectos da educação; ou artigos que tratam da integralidade em saúde, princípio norteador do Sistema Único de Saúde desde suas primeiras formulações ainda enquanto proposta, nos anos 1980, mas que persiste desafiando a produção dos cuidados e a qualidade humanística destes. Humanização, diretos sociais e humanos, judicialização na saúde ou violência são recém-explorados objetos de pesquisa que se apresentam também aqui em Interface, nos textos que tratam do debate sobre a sexualidade, da discussão sobre a loucura, da via judicial como cumprimento do direito à saúde ou da perspectiva de intervenções em ambientes específicos como a escola e o hospital. Presentes, ainda, os temas metodológicos, como a contribuição da pesquisa-ação à interdisciplinaridade, ou a importância das narrativas na elaboração comunicativa em pesquisas.

A seu público leitor, portanto, Interface oferece mais uma vez, e reforçando seu escopo original, a diversidade de produções da Comunicação, da Saúde e da Educação, instigando ao olhar interdisciplinar e à pluralidade de aportes na construção do conhecimento científico.

Lilia Blima Schraiber
Editora

DOI: 10.1590/1807-57622014.1117

This issue (nº 51) of the journal Interface reveals the marks of its origin through the manuscripts published in its different sections: the aim of encompassing the fields of communication, health and education and seeking possibilities for dialogue and interactions. Through continuing to make reference to qualitative research, it is sought not only to provide readers with maintenance of discussions on topics that can now be called traditional in these fields (even though they still give rise to up-to-date scientific production), but also to present readers with new research issues and new and complex study subjects.

In this regard, an overview of these subjects can be furnished through some of the keywords of the texts published here: qualitative research; action research; interdisciplinarity; participation; right to healthcare; access to information; comprehensive healthcare; humanization; health promotion; comprehensiveness; sexuality; reproductive healthcare service; mental health; autonomy; human rights; healthcare at schools; intersectorality; hospital environment; right to healthcare; judicialization; higher education; healthcare training; medical education; teaching work; teacher training; problem-posing; reflective practice.

Thus, this issue includes articles that present debates going from students' learning processes to teacher training, as important aspects of education; and articles that address comprehensiveness of healthcare, which has been the guiding principle of the Brazilian National Health System (SUS) since the time of its first formulation, when it was still a proposal in the 1980s, but which continues to be a challenge for production of care and the humanistic quality of this care. Humanization, social and human rights, judicialization of healthcare and violence are recently explored research subjects that are also presented here in Interface, in texts dealing with the debate on sexuality, the discussion regarding madness and the judicial route for fulfilling the right to healthcare or the perspectives for interventions in specific environments such as schools and hospitals. Methodological topics are also present, such as the contribution of action research to interdisciplinarity, or the importance of narratives in elaborating communication in research.

Thus, for Interface's reading public, the original scope of this journal is once again offered and reinforced, with the diversity of production within communication, health and education. Readers are encouraged to take an interdisciplinary view with plurality of foundations in constructing scientific knowledge.

Lilia Blima Schraiber
Editor

DOI: 10.1590/1807-57622014.0026

A pesquisa-ação em estudos interdisciplinares:
análise de critérios que só a prática pode revelar

Renata Ferraz de Toledo[a]
Leandro Luiz Giatti[b]
Pedro Roberto Jacobi[c]

Toledo RF, Giatti LL, Jacobi PR. Action research in interdisciplinary studies: analysis on criteria that can be revealed only through practice. Interface (Botucatu). 2014; 18(51): 633-46.

This paper proposes a reflection on the criteria for the methodology of action research, with the aiming of contributing towards meeting the premises required for application and improvement of the quality of participatory research in socioenvironmental and healthcare contexts. To construct this approach structure, the results from analysis of dissertations and thesis on action research were used in an interdisciplinary manner, at the interfaces between the fields of health, education and the environment. Analysis on practical situations made it possible to identify elements favoring attainment of the objectives of action research and understanding of the organizational dynamics. The following criteria were established: methodological flexibility; combination of multiple research and intervention tools; and levels of cooperation and participation among subjects and researchers. Action research was shown to be an appropriate proposal in the light of the interdisciplinary challenges when applied taking into account the criteria studied here.

Keywords: Action research. Interdisciplinarity. Participation. Health.

Este artigo propõe uma reflexão sobre critérios para a metodologia da pesquisa-ação, visando contribuir para o atendimento de premissas necessárias à aplicação e melhoria da qualidade de investigações participativas, em contextos socioambientais e de saúde. Para a construção desta estrutura de abordagem, foram utilizados resultados da análise de dissertações e teses sobre pesquisa-ação de caráter interdisciplinar, na interface das áreas saúde, educação e ambiental. A análise de situações práticas permitiu identificar elementos favoráveis ao alcance dos objetivos de uma pesquisa-ação e compreensão de sua dinâmica organizacional. Foram estabelecidos os seguintes critérios: flexibilidade metodológica; combinação de múltiplos instrumentos de pesquisa e intervenção; e o nível de participação e cooperação dos/e entre sujeitos e pesquisadores. A pesquisa-ação revela-se como uma adequada proposta frente a desafios interdisciplinares quando executada contemplando os critérios aqui estudados.

Palavras-chave: Pesquisa-ação. Interdisciplinaridade. Participação. Saúde.

[a] Pós-doutoranda, Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo (USP). Avenida da Universidade, 308. São Paulo, SP, Brasil. 05508-040. renataft@usp.br
[b] Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, USP. São Paulo, SP, Brasil. lgiatti@usp.br
[c] Departamento de Administração Escolar e Economia da Educação, Faculdade de Educação, USP. São Paulo, SP, Brasil. prjacobi@usp.br

Diante das múltiplas dimensões – biológica, social, cultural, política, econômica, ética, entre outras –, que envolvem, atualmente, problemas socioambientais e de saúde, metodologias participativas de pesquisa, como as denominadas *Community Based Participatory Research* – CBPR, ganham, cada vez mais, reconhecimento. Isso porque o envolvimento direto e colaborativo entre diferentes *stakeholders* (sujeitos da problemática investigada, pesquisadores e representantes de organizações/tomadores de decisão), em todas as etapas metodológicas, dando "verdadeira voz" às comunidades, tem favorecido o desenvolvimento de intervenções bem- sucedidas[1,2]. Dentre diversas metodologias participativas, este artigo destaca a pesquisa-ação, que, por seu caráter participativo, reflexivo, dialógico, dinâmico e interdisciplinar, tem potencial para desenvolver um processo de produção colaborativa de saberes[3-8], que possibilita o enfrentamento de dilemas socioambientais e de saúde atuais e contribui para a tomada de decisões compartilhadas[9], por meio de um processo cíclico de planejamento-ação-interpretação[10].

Com esta mesma preocupação, ou seja, de ampliar o diálogo entre a ciência e a sociedade, outras abordagens têm buscado novas formas dialéticas[(d)] de interagir com atores sociais para compreender e agir sobre realidades complexas, compartilhando experiências e decisões – como na Ciência Pós-Normal, em que as comunidades ampliadas de pares atuam na produção de conhecimento e gestão de incertezas[13]; ou como na Abordagem Ecossistêmica em Saúde – Eco-health – baseada nos pilares da transdisciplinaridade, participação e equidade, onde a participação tem como objetivo chegar a um consenso e cooperação, não só dentro da comunidade, na academia científica, e com os tomadores de decisão, mas, também, entre eles[14]; ou, ainda, como na Aprendizagem Social – "aprender juntos para fazer juntos" –, onde, a partir do reconhecimento pelos sujeitos e da explicitação de situações de conflito originárias de determinados problemas em que estão envolvidos, desenvolve-se um trabalho cooperativo e de diálogo que favorecerá um processo de aprendizagem mútua com vistas à transformação de realidades complexas[15].

Sob essa perspectiva de pesquisa participativa, a análise dos problemas socioambientais e de saúde atuais, ou de questões relativas à educação, que envolvem aspectos físicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, entre outros, seja como objeto de investigação ou como processo e/ou produto desta, reforça a ideia, conforme lembram Alvarenga et al.[16], de que o avanço do conhecimento na atualidade depende de se considerarem os fenômenos complexos, tanto da natureza, como da sociedade, pois o conhecimento disciplinar gerado pela ciência moderna se caracterizou, convencionalmente, como um modelo de pensamento simplificador.

Para Morin[17], modelos de ciência simplificadores do conhecimento, que fragmentam a realidade complexa e isolam os componentes, e, portanto, destroem a totalidade, acabam por produzir mais cegueira do que elucidação, sendo necessária a busca por novas formas de compreensão da realidade, como por meio do pensamento interdisciplinar.

A interdisciplinaridade se apresenta, portanto, como um pensamento e um campo de conhecimento em construção, alternativo e complementar e, ao mesmo tempo, inovador, pois, além de relacionar saberes, busca a aproximação entre o teórico e o prático, entre o filosófico e o científico, entre ciências e humanidades, e entre ciência e tecnologia. Frente a esta nova lógica, identificam-se novos desafios metodológicos de pesquisa, tanto pela interação e troca entre diferentes disciplinas/saberes, como por uma nova relação *sujeito observador-objeto observado* na produção de conhecimentos, o que implica, inclusive, contar com a

[(d)] A dialética está presente entre quaisquer pares em múltiplas relações, que podem ser de contradição e/ou complementares, num contínuo movimento, não apenas de ideias, mas da prática das pessoas em grupos sociais. As incertezas e certezas, o conflito e o consenso, a organização e o caótico, dentre inúmeros outros pares, não são erros, mas a realidade em movimento[11]. Essas relações contraditórias, assimétricas estão muitas vezes presentes entre sujeitos envolvidos em abordagens/pesquisas participativas (sujeitos da problemática investigada, pesquisadores e tomadores de decisão). E, para Freire[12], ações dialógicas são aquelas de respeito ao outro, mesmo em contextos assimétricos de poder, e que podem gerar, no ser humano, consciência de sua práxis no/sobre o mundo, favorecendo possíveis transformações e, relações mais simétricas.

predisposição de cientistas formados nas ciências disciplinares para ingressarem nesta linha de pensamento marcada por incertezas, verdades provisórias e diálogo[16].

Recorre-se ainda a critérios apresentados por Jean Piaget, citados por Alvarenga et al.[16], para reforçar o que os autores do presente artigo estão considerando como interdisciplinaridade:

> um 'segundo nível'[(e)] de colaboração entre disciplinas diversas ou entre setores heterogêneos de uma mesma ciência que conduz a interações propriamente ditas, isto é, certa reciprocidade dentro das trocas, de maneira que haja um total enriquecimento mútuo.[16] (p. 36)

[(e)] Este "segundo nível" de colaboração da interdisciplinaridade refere-se à existência de um "patamar inferior" de interação, ocupado pela multidisciplinaridade, onde há a colaboração de duas ou mais ciências, sem, necessariamente, haver um enriquecimento mútuo. E, em um "patamar superior" à interdisciplinaridade, estaria a transdisciplinaridade, onde as interações e reciprocidades entre as ciências situam-se no interior de um sistema total, sem, inclusive, fronteiras disciplinares.

A interdisciplinaridade surge, portanto, como uma reflexão crítica sobre os fundamentos e os sentidos do conhecimento, sobre suas fissuras; e na perspectiva de reintegrar conhecimentos e saberes que haviam sido fragmentados pela ciência positivista[18].

Da mesma maneira, associa-se o surgimento da pesquisa-ação não apenas a uma situação de insatisfação com paradigmas e métodos de pesquisa clássicos, mas, também, à necessidade de se promover maior articulação entre a teoria e a prática na produção do conhecimento, por meio do envolvimento direto dos grupos sociais na compreensão e busca de soluções para seus problemas, especialmente os de natureza complexa[3,4,7,10].

Dentre os principais precursores da pesquisa-ação, Kurt Lewin é o mais referenciado[4,6,7,19], com seus estudos organizacionais e educacionais realizados em um contexto de pós-guerra, em 1946, quando trabalhava para o governo norte-americano. Lewin mostrava-se interessado em contribuir para a elevação da autoestima de grupos minoritários e, por meio da pesquisa-ação, sustentada pela comunicação e cooperação entre pares, procurou fortalecer as relações sociais destes grupos[19,20].

Para El Andaloussi[21], a pesquisa-ação permite tanto tratar a complexidade como produzi-la, o que exige, portanto, uma abordagem interdisciplinar. Complexidade que

> pede para pensarmos nos conceitos, sem nunca dá-los por concluídos, para quebrarmos as esferas fechadas, para restabelecermos as articulações entre o que foi separado, para tentarmos compreender a multidimensionalidade, para pensarmos na singularidade com a localidade, com a temporalidade, para nunca esquecermos as totalidades integradoras.[22] (p. 192)

Diante desta demanda de enfrentamento de realidades complexas, o presente artigo propõe uma reflexão sobre elementos relevantes de uma pesquisa-ação para o cumprimento de seus objetivos: seu dinamismo metodológico; a utilização de múltiplos instrumentos de pesquisa e intervenção; e a participação e cooperação dos sujeitos e dos pesquisadores, no sentido de contribuir tanto para o atendimento de premissas necessárias ao desenvolvimento de pesquisas dessa natureza como para a melhoria de sua qualidade.

Diversos estudos têm demonstrado a crescente aplicação da metodologia da pesquisa-ação em pesquisas acadêmicas, tanto em nível de mestrado, como doutorado[23-26]. Thiollent e Toledo[3] lembram, também, da sua viabilidade no contexto universitário, em pesquisas, atividades de ensino e programas de extensão. Assim, elementos apresentados e discutidos na construção desta

estrutura de abordagem baseiam-se em resultados obtidos por meio de revisão bibliográfica sobre o tema, assim como de uma sistematização da aplicação desta metodologia nas universidades estaduais paulistas (Universidade de São Paulo – USP, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp e Universidade Estadual "Júlio de Mesquita Filho" – Unesp), nas áreas da educação, saúde, ciências naturais/ambientais, ou na interface destas, no período de 1990 a 2010. A pesquisa demandou o levantamento de dissertações de mestrado e teses de doutorado nas Bibliotecas Digitais de Teses e Dissertações (Dedalus/USP, Nou-Rou/Unicamp e Athena/Unesp) das respectivas universidades, cujos trabalhos encontravam-se disponíveis no momento da busca, sendo identificadas: 148 pesquisas desenvolvidas na USP (71 de mestrado e 47 de doutorado), 75 na Unicamp (42 de mestrado e 33 de doutorado) e cinquenta na Unesp[f] (37 de mestrado e 13 de doutorado), totalizando 273 estudos. Destacou-se, também, a tendência de emergência de estudos com pesquisa-ação, pois, de 1990 a 2000, foram identificadas 45 pesquisas, enquanto, de 2001 a 2010, esse número aumentou para 228.

[f] Na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da UNESP (ATHENA), foram encontrados trabalhos apenas a partir de 2001.

Neste contexto, a investigação proposta parte da seguinte pergunta: Considerando que a pesquisa-ação vem sendo aplicada dentre instituições públicas de Ensino Superior paulistas, é possível, a partir de sua produção de teses e dissertações, identificar critérios de qualificação e desafios inerentes a essas práticas de investigação e intervenção, dentro de um contexto interdisciplinar envolvendo saúde, ambiente e educação? O critério de inclusão adotado, para esta segunda fase de triagem, foi o de que, no resumo das teses ou dissertações, constasse a expressão "pesquisa-ação" e, após análise deste, reconhecer se o estudo fez uso desta metodologia e se havia inter-relação entre as referidas áreas de interesse.

Na construção do presente artigo e para subsidiar as reflexões propostas, foram considerados, então, resultados da análise de dissertações e teses de caráter interdisciplinar, na medida em que estabeleceram o diálogo ou alguma forma de inter-relação entre as áreas: saúde-educação; saúde-ambiente; ambiente-educação; e educação-saúde-ambiente, conforme Quadro 1, contando com o número final de 17 artigos selecionados, para os quais se procedeu uma análise aprofundada em relação à execução da metodologia de pesquisa-ação.

Evidenciou-se que muitos dos temas e problemáticas investigadas nas pesquisas selecionadas envolviam aspectos diversos, como: ambientais, sociais, culturais, éticos, estéticos, políticos, econômicos, entre outros; requerendo, portanto, uma abordagem interdisciplinar, a qual, por sua vez, ao ser desenvolvida nessa perspectiva, contribuiu para a compreensão sistêmica das diferentes realidades investigadas e, ao mesmo tempo, para "unificar" e "enriquecer" o conhecimento gerado. Ressalta-se que a interdisciplinaridade se fez presente, também, no uso de estratégias de pesquisa e intervenção que, mesmo quando específicas da área da saúde ou ambiental, por seu caráter dialógico, contribuíram para promover reflexões e estimular a autonomia e o empoderamento dos sujeitos envolvidos, elementos diretamente relacionados à área da educação.

Por sua relevância como elementos estruturantes e/ou pré-requisitos para o desenvolvimento de uma pesquisa-ação, serão enfatizados, a seguir, com base na análise de teses e dissertações dessa revisão sistemática, critérios relacionados ao cumprimento de seus objetivos (investigação, intervenção e produção de conhecimentos) e à sua organização no tocante à: 1º) metodologia dinâmica, com adequações no decorrer do processo de investigação e intervenção; 2º) combinação de múltiplos instrumentos de pesquisa e intervenção; e 3º) participação e cooperação dos/e entre sujeitos e pesquisadores.

Quadro 1. Pesquisas interdisciplinares selecionadas e analisadas, e suas respectivas áreas de interface.

Áreas	Referência da pesquisa analisada
Saúde e Educação	Moizés JS. Educação sexual, corpo e sexualidade na visão dos alunos e professores do ensino fundamental. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2010.
	Silva MMF. Promoção da saúde: percepção dos agentes comunitários de saúde a partir de sua formação e da sua prática [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2009.
	Rangel FO. Ambientes multimidiáticos de aprendizagem: entidades mediando a autonomia [dissertação] Campinas: Instituto de Artes, Universidade Estadual de Campinas; 2004.
	Rodrigues MC. O lazer e o idoso: uma possibilidade de intervenção [dissertação]. Campinas: Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas; 2002.
	Bonfá AC. Educação física na escola: uma proposta de implementação de um programa de saúde [dissertação]. Rio Claro: Instituto de Biociências, UNESP - Univ Estadual Paulista; 2007.
	Parenti LC. Reorientação das práticas de cuidados com o diabetes mellitus: a construção partilhada profissionais-usuários [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, UNESP - Univ Estadual Paulista; 2010.
Ambiente e Educação	Vendrametto LP. Educação ambiental em unidades de conservação: um estudo de caso na Área de Proteção Ambiental de Sousas e Joaquim Egídio [dissertação]. Piracicaba: Escola Superior de Agricultura "Luiz de Queiroz", Universidade de São Paulo; 2004.
	Scatena ML. Ações em educação ambiental; análise multivariada da percepção ambiental em diferentes grupos sociais como instrumentos de apoio à gestão de pequenas bacias: estudo de caso nas microbacias do córrego da Capituva, Macedônia, SP [tese]. São Carlos: Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo; 2005.
	Ikemoto E. Espécies arbóreas, arbustivas e herbáceas do Parque Taquaral (Campinas, SP): subsídios para atividades de ensino não-formal de Botânica [dissertação]. Campinas: Instituto de Biologia, Universidade Estadual de Campinas; 2007.
	Faria DR. A paisagem como tema de estudo na 5ª série do ensino fundamental [dissertação]. Campinas: Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas; 2007.
	Teixeira RC. Desenvolvimento de tecnologia educacional para o uso racional de energia [tese] . Guaratinguetá: Faculdade de Engenharia de Guaratinguetá, UNESP - Univ Estadual Paulista; 2008.
	Del Mônaco G. Construção participativa de conhecimentos sobre resíduos no Programa de Coleta Seletiva da Unesp-Bauru: reflexões e ações [dissertação]. Bauru: Faculdade de Ciências, UNESP - Univ Estadual Paulista; 2005.
Saúde e Ambiente	Mendes PBMT. Percepção de risco ambiental em cortiço vertical: uma metodologia de avaliação [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006.
	Boaretto RC. Velhos à margem na margem das ruas: a experiência de uma moradia provisória no município de São Paulo [dissertação]. Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2005.
Educação, Saúde e Ambiente	Silva MM. Olhares e perspectivas sobre a educação ambiental, a democracia participativa e o empowerment de crianças e adolescentes em escolas da rede municipal de ensino de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2009.
	Mello AL. Metodologia participativa e biomonitoramento: promoção da saúde no distrito de Vicente de Carvalho, Guarujá, SP [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.
	Ferrareze MPS. A influência da atividade física na melhora de qualidade de vida do homem [tese] . Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Investigação, intervenção e produção de saberes

A pesquisa-ação visa investigar e intervir favoravelmente frente ao equacionamento de determinado problema, ao longo do seu desenvolvimento, e, como resultado desse processo, produzir novos conhecimentos[3,4,6,27]. As investigações demandam intervenções que levam, por sua vez, a novas investigações, conforme espiral cíclico proposto por Lewin[10], planejamento-ação-interpretação de fatos/resultados.

Ao se analisarem, porém, os objetivos e resultados das pesquisas que fizeram parte desta revisão sistemática, reconheceram-se desde iniciativas que se limitaram a investigar/compreender determinada problemática sem intervir ou elaborar coletivamente uma proposta de intervenção em direção ao seu enfrentamento, como, também, pesquisas que tinham dentre seus objetivos: planejar e executar ações/programas educativos; desenvolver e testar ferramentas educacionais, estratégias metodológicas e de avaliação; promover a ressignificação de conceitos; criar novos ambientes de aprendizagem, entre outros.

Mendes[28] desenvolveu uma pesquisa-ação sobre percepção de risco ambiental em cortiço vertical, e afirma que "a ação, num contexto de uma pesquisa, como ato metodológico, exige necessariamente visibilidade do esforço movido por seu público alvo, de seu protagonismo e apropriação dos resultados previstos e alcançados" (p. 163).

O estímulo a esse 'fazer coletivo' e seu devido reconhecimento são papéis que devem ser desempenhados pelo pesquisador responsável, que deve, conforme os movimentos cíclicos propostos para o desenvolvimento de uma pesquisa-ação, "construir com os envolvidos na pesquisa, a partir da elaboração de ações e da reflexão, novos conhecimentos e criar condições para que o grupo se torne autônomo para levantar outros problemas, gerar conhecimentos e ações transformadoras da sua realidade"[29] (p. 30).

A problematização, segundo a pedagogia freireana[12,30,31], foi considerada, por Rodrigues[32], como um elemento facilitador e gerador das ações realizadas na pesquisa-ação que desenvolveu sobre o lazer na vida de pessoas idosas. Ao problematizar os desafios identificados dentre o grupo, novas ações eram sistematizadas e, consequentemente, durante as ações, surgiam novas problematizações, que foram reconhecidas como fontes de conhecimento transformadoras, pois buscavam intervir em situações reais.

Sistema metodológico aberto e dinâmico

A pesquisa-ação, por ser uma metodologia aberta e dinâmica, permite que diferentes rumos sejam tomados no decorrer do seu desenvolvimento, em função das demandas encontradas. Isso ocorre porque o envolvimento direto de representantes da problemática em todas etapas desse processo, com suas necessidades, anseios, valores e saberes, irá interferir em adequações metodológicas. Desta forma, resultados das ações devem ser analisados e incorporados na fase seguinte de retomada do planejamento e, assim, sucessivamente, o que requer uma reflexão constante sobre a ação em todas as etapas do processo[4,6,7,10,19,20,33].

Essa "flexibilidade" da pesquisa-ação, permitindo a realização de adequações metodológicas, foi considerada, em algumas das pesquisas analisadas, como uma característica favorável ao alcance dos objetivos propostos[28,29,34-36].

Scatena[35], em sua pesquisa sobre gestão e educação ambiental em microbacias hidrográficas, ressalta que os procedimentos adotados para as atividades de levantar informações, coletar e processar dados, identificar problemas, elaborar e implementar ações em educação ambiental, não seguiram, necessariamente, essa ordem, já que a dinâmica de uma pesquisa-ação permite adequações sempre que necessário, diante de imprevistos, novos dados, informações e/ou novas demandas.

Da mesma maneira, para Del Mônaco[29], os momentos de reflexão empreendidos foram essenciais para que a metodologia ganhasse novos contornos ao longo do seu desenvolvimento, devido ao

caráter participativo e processual da pesquisa-ação. E Vendrametto[36], ao referir-se à sua pesquisa sobre educação ambiental em uma unidade de conservação, vai além ao afirmar que

> no longo caminho percorrido por esta pesquisa, alguns atalhos foram sendo delineados no decorrer do tempo. [...] pedras encontradas no caminho foram fundamentais para interromper os preconceitos, as expectativas, as certezas, descansar e caminhar por entre as dúvidas, as incertezas, os questionamentos, e, descobrir que esse processo seria muito mais enriquecedor do que a busca incessante de respostas mais imediatas.[36] (p. 81)

Aplicação combinada de instrumentos dialéticos e não dialéticos

Embora não haja uma regra específica quanto aos tipos de instrumentos e técnicas de pesquisa e intervenção a serem utilizados em um processo de pesquisa-ação, recomenda-se o uso diversificado destes e que todas as informações coletadas sejam discutidas cooperativamente com a participação dos pesquisadores e sujeitos envolvidos na problemática investigada, assim como o devido preparo didático dos pesquisadores para aplicá-los.

De fato, nos 17 estudos interdisciplinares analisados e sistematizados, foi utilizada uma grande variedade de instrumentos de coleta e análise de dados e de intervenção, tais como: observação participante, com uso de diário de campo; entrevista; questionário; círculo de discussão/oficina de reflexão; oficina de trabalho; seminário; saída de campo/vivência; elaboração coletiva de planos de ação; análise documental; técnica exploratória multivariada de análise fatorial de correspondência múltipla e análise de agrupamento; palestra; dinâmica de grupo; planilha de análise preliminar de perigo (APP); georeferenciamento; registro fotográfico/poster; grupo focal; construção de mapa-falante; desenho; aula teórica-expositiva; técnica de biomonitoramento ambiental; leitura e discussão de textos; tabulação e análise estatística de dados; e ambiente multimidiático de aprendizagem.

O uso de instrumentos de natureza dialética e não dialética na mesma pesquisa, bem como os benefícios da combinação destes no sucesso dos resultados alcançados, especialmente quanto à capacidade de conduzir e direcionar a investigação e promover a participação dos sujeitos em um processo de retroalimentação, pôde ser identificado em algumas pesquisas analisadas[32,35-44].

Sobre este aspecto, destaca-se a categorização de análise para processos participativos e promoção da ampliação de comunidade de pares, realizada por Giatti[45], quanto à aplicação e combinação de instrumentos de pesquisa e intervenção, a saber: a) pontual: em que se verifica apenas um instrumento de poder dialético envolvendo os sujeitos; b) multi-instrumentos: em que se combinam distintos instrumentos, porém, sem caracterizar um processo de retroalimentação; c) cíclica/continuada: uma aplicação de distintos instrumentos combinados e em cadeia de retroalimentação, com elevada participação crítica dos sujeitos, inclusive provendo questões a serem respondidas pelo processo de pesquisa, também caracterizando o envolvimento colaborativo na dinâmica ou redelineamento metodológico.

Evidenciou-se, nas pesquisas analisadas, que técnicas e instrumentos de natureza dialética, por sua essência reflexiva, dialógica e educativa – como círculo de discussão/oficina de reflexão e de trabalho, mapa-falante, grupo focal, oficina de fotografia e sensibilização do olhar, saída à campo/vivência, entre outras –, podem contribuir mais diretamente para estimular a reflexão e favorecer a participação dos sujeitos envolvidos, oferecendo, muitas vezes, evidências imediatas como resultados da pesquisa, ao mesmo tempo que contribuem para as adequações metodológicas (*feedback* direto/imediato). Por sua vez, instrumentos não dialéticos – como questionário, georeferenciamento, análise documental, planilha de observação e análise, entre outros –, além de fornecerem resultados necessários à pesquisa, acabam, também, por contribuir indiretamente para o processo cíclico de planejamento-ação-interpretação (*feedback* indireto/não-imediato), pois, ao serem discutidos com os participantes os resultados destes instrumentos, são fornecidas respostas às indagações, favorecendo, inclusive, a credibilidade para com a metodologia (diminuindo a resistência) e contribuindo para a compreensão dos envolvidos sobre a relevância da problemática em foco.

Sobre esse aspecto, Mendes[28], em sua pesquisa-ação sobre percepção de risco, afirma que

> a inclusão da participação da população nos projetos não é uma ideia nova, tampouco, a utilização de instrumentos como: dinâmica de grupo, uso de fotografias, aulas teórico-práticas. Foi a combinação de estratégias de comunicação, reflexão, e ação que permitiram o êxito do seu projeto. A participação direta da população na construção de um plano de gerenciamento de risco, em sua vivência diária, permitiu a ela analisar, compreender, confrontar e discutir as melhores soluções para o seu cotidiano e, consequentemente, obter um bom resultado no gerenciamento a partir do sentimento de pertencimento e da apropriação do programa.[28] (p. 175)

Mello[37], destaca que, na promoção da saúde de jovens e adolescentes em situação de vulnerabilidade socioambiental, o uso diversificado de recursos didáticos e de atividades de sensibilização do olhar, como a técnica da fotografia "pinhole"(g), contribuiu para uma leitura crítica da realidade e para o desenvolvimento de ações sociais na comunidade, evidenciando a necessidade da escolha cuidadosa das estratégias capazes de estimular tanto o interesse pela investigação da realidade como pela atuação social.

(g) Técnica de fotografia que utiliza câmeras fotográficas artesanais sem lentes, por meio do princípio da câmara escura em que a luz entra para impressionar o papel fotossensível por um pequeno orifício. Podem ser produzidas a partir de latas vazias ou caixas[46,47].

A articulação de instrumentos dialéticos e não dialéticos de pesquisa foi, da mesma maneira, reconhecida por Rodrigues[32] como importante na estruturação da pesquisa-ação por ele desenvolvida, ao afirmar que optou pelo uso diversificado destes, tais como: diálogos, ações coordenadas e espontâneas, entrevistas semiestruturadas, filmagens, fotografias e informações obtidas em eventos formais (ciclo de estudo) ou informais (situações de ação de construção individual ou coletiva), cuja seleção foi sendo feita conforme o desenvolvimento da pesquisa. Para o autor, "investigação empírica e interpretações teóricas se completaram de forma dialética, trazendo reflexões necessárias para a estruturação do trabalho"[32] (p. 54).

Desafios para a participação

Antes de abordar a participação no contexto metodológico, lembra-se aqui que se trata de um "conceito" amplo que envolve sentidos práticos, teóricos e institucionais. Essa multidimensionalidade ou polissemia dificultam as tentativas de definir o valor ou os efeitos da participação. Isso porque,

> não apenas em decorrência da diversidade de expectativas nela depositadas e de que a aferição de efeitos é operação sabidamente complexa, mas devido ao fato de sequer existirem consensos quanto aos efeitos esperáveis da participação, ou, pior, quanto à relevância de avaliá-la por seus efeitos. Afinal, ponderar o valor da participação pela sua utilidade equivale a desvalorizá-la ou torná-la secundária em relação ao efeito almejado.[48] (p. 101)

Assim, ao se analisar a participação dos sujeitos das problemáticas em foco nas pesquisas interdisciplinares sistematizadas, bem como a interação dos pesquisadores no processo, identificaram-se 'níveis' diferentes de envolvimento/atuação, que vão desde uma participação ativa dos sujeitos em todas as fases

desenvolvidas, ou seja, de diagnóstico ou exploratória, de reflexão e análise dos resultados, de elaboração e implementação de ações, de intervenções socioeducativas etc.; passando por situações de envolvimento dos sujeitos apenas nos momentos de intervenção, não sendo observada, portanto, a participação destes no processo de levantamento de suas próprias necessidades e/ou de reflexão crítica sobre elas, como se espera de uma pesquisa-ação, de modo a oferecer subsídios para a produção de novos saberes e possível transformação da realidade. Identificou-se, ainda, uma postura passiva de participação, ou seja, aquela em que a atuação dos sujeitos da pesquisa limitou-se ao fornecimento de informações sobre a problemática investigada, não se caracterizando, portanto, como pesquisa-ação.

Trechos transcritos a seguir demonstram o reconhecimento dos pesquisadores sobre esses diferentes níveis de participação, bem como de benefícios do envolvimento direto/ativo dos sujeitos e da interação dos pesquisadores.

> A participação dos alunos (na pesquisa) sofreu modificações ao longo do processo. Partiram de uma participação espontânea (sem propósitos bem definidos) para uma participação efetivamente voluntária (grupo com objetivos estabelecidos coletivamente para uma finalidade). Nesse processo foram modificadas a importância das decisões tomadas e o grau de controle dos membros sobre as decisões – de receptores de informações à elaboradores de propostas. Os alunos foram conquistando espaços e a pesquisadora principal diminuindo a posição de coordenação.[29] (p. 42)

Converge com os argumentos de Cashman et al.[2], de que, em pesquisas participativas, há papéis complementares entre pesquisadores e sujeitos, e haverá momentos de maior ou menor colaboração entre eles, o que não invalida o processo participativo.

Da mesma maneira, Ikemoto[43] considerou que "as formas de abordagem (nas atividades realizadas) foram avaliadas de acordo com a abertura que ofereciam para a participação de alunos (sujeitos da intervenção) e de acordo com a participação efetivamente detectada" (p. 49).

Boaretto[49], sobre a relação de convivência e envolvimento estabelecida entre ela (pesquisadora) e os sujeitos da pesquisa, afirma que "participar e, sobretudo, observar e agir com os sujeitos foi essencial para a análise que aqui se expõe" (p. 64).

Alguns aspectos diretamente relacionados à participação contribuíram para os resultados positivos alcançados na pesquisa desenvolvida por Mello[37], tais como o clima de respeito e confiança entre os sujeitos envolvidos e deles com a pesquisadora – "suas opiniões foram realmente importantes para a construção deste trabalho"[37] (p. 217) e subsidiaram a tomada de decisões em relação às intervenções pedagógicas definidas para o bom andamento do processo.

Na pesquisa-ação desenvolvida por Faria[41], as relações dialógicas estabelecidas entre alunos/participantes e professora/pesquisadora/mediadora no processo de ensino-aprendizagem contribuíram para a ressignificação de conhecimentos e valores, pois, segundo a autora, "a pesquisa-ação aliada à mediação pedagógica é capaz de ensinar de forma expressiva, pois as crianças aprendem aquilo que lhes traz algum significado cultural. Isto só pode ser concebido a partir dessa abordagem"[41] (p. 120).

E Mendes[28] reconhece a responsabilidade do pesquisador, em um processo de pesquisa-ação, não apenas no sentido de oferecer subsídios à participação, mas, também, que esta deve resultar em intervenções sociais, ao afirmar que "os pesquisadores deveriam assumir junto a esta população: papéis de mediação na informação e na ação, agregadores de ativos sociais do grupo e do meio, como defensores sociais (*advocacy* social)" (p. 163).

Percebe-se, portanto, que o desafio à participação em processos de pesquisa-ação é constante. List[50] argumenta sobre as distintas formas de envolvimento de sujeitos, no sentido de que pode ser possível uma graduação de sete níveis de participação, partindo do passo 1 - cooptação manipulativa (*manipulative co-option*), passando pelo passo 6 – aprendizado interativo e colaborativo (*interative co-learning*), até o passo 7 – automobilização e empoderamento (*self-mobilization and empowerment*).

Porém, para o enfrentamento de problemas complexos, como os investigados nos estudos sistematizados e analisados, a participação não pode limitar-se a uma simples divulgação ou democratização de informações, ou, ainda, a uma consulta popular, mas demanda o despertar de uma

postura proativa dos sujeitos no processo de tomada de decisões, bem como seu acompanhamento e avaliação constante. Esta participação se dá, conforme List[50], a partir do aprendizado interativo e colaborativo em direção à automobilização e ao empoderamento, ou seja, ao mesmo tempo que requer a mobilização social e a construção de conhecimentos sobre o tema, ao se concretizar oferece um processo de aprendizagem mútua e de fortalecimento comunitário, possibilitando, assim, que os atores sociais envolvidos, ao final do processo, possam "caminhar sozinhos" (autonomia/postura proativa) – mesmo diante da possibilidade de descontinuidade de políticas públicas. Vale lembrar que tal nível de participação depende não só de transformações nas formas de ação coletiva, mas também, muitas vezes, do processo de gestão.

Tem-se, portanto, na participação, não apenas um elemento indispensável para abordagens/metodologias dessa natureza, mas um determinante para a qualidade e sustentabilidade desse processo, no sentido de favorecer a produção colaborativa de saberes, o empoderamento e a tomada de decisões compartilhadas para o enfrentamento de situações indesejáveis.

Considerações finais

A análise das teses e dissertações que compuseram esta revisão sistemática permitiu o reconhecimento de critérios que contribuem para qualificar uma pesquisa-ação, de modo que só uma análise aprofundada da prática pode revelar. Isso porque as certezas e incertezas, os erros e acertos, inerentes ao desenvolvimento de uma pesquisa acadêmica, porém de natureza interdisciplinar, participativa e de intervenção, fazem transparecer, ao mesmo tempo, aspectos facilitadores e desafios que surgem no decorrer do processo de pesquisa-ação.

Considerou-se que os critérios identificados e analisados favorecem o alcance dos objetivos de uma pesquisa-ação (de investigação concomitante com intervenção e produção de saberes), bem como a melhor compreensão de sua dinâmica organizacional. Quanto a essa última característica, assinalam-se: a flexibilidade metodológica, permitindo adequações no decorrer do processo de investigação e intervenção; a combinação de múltiplos instrumentos de pesquisa e intervenção; e o nível de participação e cooperação dos/e entre sujeitos e pesquisadores.

Vale destacar que a qualificação de uma pesquisa-ação pode ainda ser favorecida pela inter-relação destes critérios, conforme pôde ser observado nas pesquisas analisadas. Tem-se, portanto, que seu dinamismo metodológico contribui para que diferentes rumos sejam tomados no decorrer do processo, de acordo com demandas surgidas, as quais, por sua vez, são reconhecidas justamente pelo caráter participativo de uma pesquisa-ação. Ou seja, quanto maior a interação sujeitos da problemática e pesquisadores, mais facilmente serão identificadas novas necessidades práticas e/ou cognitivas.

Da mesma maneira, esse dinamismo metodológico contribui para a utilização de instrumentos dialéticos e não dialéticos que, de forma combinada, podem favorecer a participação e adequações. Isso porque, processos de *feedback* direto/imediato e *feedback* indireto/não imediato proporcionados por estes diferentes instrumentos de pesquisa e intervenção fornecerão respostas às indagações dos sujeitos da problemática investigada e dos pesquisadores, o que, por sua vez, contribuirá tanto para estimular a participação quanto para adequações necessárias ao processo cíclico de planejamento-ação-interpretação.

Embora já amplamente discutida a relevância da participação e interação dos sujeitos e pesquisadores em uma pesquisa-ação, permanecem inúmeros desafios à sua legitimação, conforme pôde se observar nos diferentes níveis em que se fez presente nas pesquisas sistematizadas e analisadas. Em adição, Lavalle e Vera[48] lembram do fato de já terem sido atribuídos à participação, implícita ou explicitamente, efeitos desejáveis de caráter pedagógico, psicológico, econômico e funcional, de integração e de racionalização ou controle social do poder, com destaque para sua função educativa, no que diz respeito à construção da autoconfiança, autopercepção e pertencimento. Desse modo, seus efeitos positivos seriam capazes de gerar círculos virtuosos em que participação gera mais participação – elemento indispensável em uma pesquisa-ação.

Assim, diante de problemas socioambientais, de saúde e educacionais de natureza complexa – como os que motivaram as investigações (e ações) das pesquisas analisadas – a metodologia da pesquisa-ação, quando desenvolvida com base nos princípios da participação, reflexão, ação e produção de saberes, e adotando-se como referência os critérios analisados no presente artigo, mostrou-se bastante adequada frente aos desafios impostos pelo caráter interdisciplinar destas problemáticas e, consequentemente, pela necessidade de apropriação de novos conhecimentos, valores e habilidades por parte dos sujeitos e pesquisadores.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, pelo fomento a essa investigação (Processo 2010/13839-0).

Colaboradores

Renata Ferraz de Toledo, Leandro Luiz Giatti e Pedro Roberto Jacobi trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. Wallerstein N, Duran B. Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. Am J Public Health. 2010; 100 Supl 1:S40-6.

2. Cashman SB, Adeky S, Allen III AJ, Corbum J, Israel BA, Montaño J, et al. The power and the promise: working with communities to analyze data, interpret findings, and get to outcomes. Am J Public Health. 2008; 98(8):1407-17.

3. Thiollent MJ, Toledo RF. Participatory methodology and action research in the area of health. Int J Act Res. 2012; 8(2):142-58.

4. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18a ed. São Paulo: Cortez; 2011.

5. Santos BS. A Universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade. 3a ed. São Paulo: Cortez; 2011.

6. Morin A. Pesquisa-ação integral e sistêmica: uma antropopedagogia renovada. Rio de Janeiro: DP&A; 2004.

7. Barbier R. A pesquisa-ação. Brasília: Plano; 2002.

8. Carr W, Kemmis S. Becoming critical: education, knowledge and action research. London: The Palmer Press; 1986.

9. Minkler M. Linking Science and policy through community-based participatory research to study and address health disparities. Am J Public Health. 2010; 100 Supl 1:S81-7.

10. Lewin K. Action research and minority problems. J Soc Issues.1946; 2:34-6.

11. Loureiro CFB. Pesquisa-ação participante e educação ambiental: uma abordagem dialética e emancipatória. In: Tozoni-Reis MFC, organizadora. A pesquisa-ação-participativa em educação ambiental: reflexões teóricas. São Paulo: Annablume; 2007. p. 13-56.

12. Freire P. Pedagogia do oprimido. 41a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

13. Ravetz J. The post-normal science of precaution. Futures. 2004; 36(3):347-57.

14. Lebel J. Health: an ecosystem approach. Canada: IDRC – International Development Research Centre; 2003.

15. Pahl Wost C, Hare M. Processes of social learning in integrated resources management. J Com Appl Soc Psychol. 2004; 14(3):193-206.

16. Alvarenga AT, Philippi Júnior A, Sommerman A, Alvares AMS, Fernandes V. Histórico, fundamentos filosóficos e teórico-metodológicos da interdisciplinaridade. In: Philippi Júnior A, Silva Neto AJ, editores. Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia e inovação. Barueri: Manole; 2011. p. 3-68.

17. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. Porto Alegre: Sulina; 2006.

18. Leff E. Pensar la complejidad ambiental. In: Leff E, coordenador. La complejidad ambiental. México: Siglo XXI/UNAM/PNUMA; 2000. p. 19-51.

19. Adelman C. Kurt Lewin and the origins of action research. Educ Act Res. 1993; 1(1):7-24.

20. Franco MAS. Pedagogia da pesquisa-ação. Educ Pesqui. 2005; 31(3):483-502.

21. El Andaloussi K. Pesquisas-ações: ciências, desenvolvimento, democracia. São Carlos: EdUFSCar; 2004.

22. Morin E. Ciência com consciência. 13a ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil; 2010.

23. Fernandes RCA. Tendências da pesquisa acadêmica sobre o ensino de ciências nas séries iniciais da escolarização (1972-2005) [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2009.

24. Molina R. A pesquisa-ação/investigação-ação no Brasil: mapeamento da produção (1966-2002) e os indicadores internos da pesquisa-ação colaborativa. [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo; 2007.

25. Carneiro MGT. Reflexões acerca das dissertações e teses brasileiras em educação ambiental do período 1987-2001. Enseñ Cienc. 2005; 23(n extra):1-6.

26. Jesus LFO. A sala de aula: uma análise de pesquisas produzidas na década de 1989-1999 [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo; 2002.

27. Engel GI. Pesquisa-ação. Ed Rev. 2000; 16:181-91.

28. Mendes PBMT. Percepção de risco ambiental em cortiço vertical: uma metodologia de avaliação [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006.

29. Del Mônaco G. Construção participativa de conhecimentos sobre resíduos no Programa de Coleta Seletiva da Unesp-Bauru: reflexões e ações [dissertação]. Bauru (SP): Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2005.

30. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

31. Freire P. Conscientização: teoria e prática da libertação uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3a ed. São Paulo: Moraes; 1980.

32. Rodrigues MC. O lazer e o idoso: uma possibilidade de intervenção [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas; 2002.

33. Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educ Pesqui. 2005; 31(3):443-66.

34. Silva MMF. Promoção da saúde: percepção dos agentes comunitários de saúde a partir de sua formação e da sua prática [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2009.

35. Scatena ML. Ações em educação ambiental: análise multivariada da percepção ambiental em diferentes grupos sociais como instrumentos de apoio à gestão de pequenas bacias: estudo de caso nas microbacia do córrego da Capituva, Macedônia, SP [tese]. São Carlos (SP): Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo; 2005.

36. Vendrametto LP. Educação ambiental em unidades de conservação: um estudo de caso na Área de Proteção Ambiental de Sousas e Joaquim Egídio [dissertação]. Piracicaba (SP): Escola Superior de Agricultura "Luiz de Queiroz", Universidade de São Paulo; 2004.

37. Mello AL. Metodologia participativa e biomonitoramento: promoção da saúde no distrito de Vicente de Carvalho, Guarujá, SP [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

38. Parenti LC. Reorientação das práticas de cuidados com o diabetes mellitus: a construção partilhada profissionais-usuários [dissertação]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2010.

39. Silva MM. Olhares e perspectivas sobre a educação ambiental, a democracia participativa e o *empowerment d*e crianças e adolescentes em escolas da rede municipal de ensino de São Paulo [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2009.

40. Teixeira RC. Desenvolvimento de tecnologia educacional para o uso racional de energia [tese]. Guaratinguetá (SP): Faculdade de Engenharia de Guaratinguetá, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2008.

41. Faria DR. A paisagem como tema de estudo na 5ª série do ensino fundamental [dissertação]. Campinas (SP): Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas; 2007.

42. Bonfá AC. Educação física na escola: uma proposta de implementação de um programa de saúde [dissertação]. Rio Claro (SP): Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2007.

43. Ikemoto E. Espécies arbóreas, arbustivas e herbáceas do Parque Taquaral (Campinas, SP): subsídios para atividades de ensino não-formal de Botânica [dissertação]. Campinas (SP): Instituto de Biologia, Universidade Estadual de Campinas; 2007.

44. Rangel FO. Ambientes multimediáticos de aprendizagem: entidades mediando a autonomia [dissertação]. Campinas (SP): Instituto de Artes, Universidade Estadual de Campinas; 2004.

45. Giatti LL. Uma contribuição à Ciência pós-normal: aplicações e desafios da ampliação da comunidade de pares em contextos socioambientais e de saúde. [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2013.

46. Mello AL, Pelicioni, MCF, Cunha, MBS, Pereira, LAA. A utilização de imagens com jovens, em educação em saúde e na educação ambiental, em uma experiência de pesquisa-ação. In: Toledo RF, Jacobi PR, organizadores. A pesquisa-ação na interface da saúde, educação e ambiente: princípios, desafios e experiências interdisciplinares. São Paulo: Annablume, FEUSP, PROCAM, IEE, Fapesp; 2012. p.157-91.

47. Sebastiani RW. O adolescente em situação de risco social: uma intervenção para promoção da saúde [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004.

48. Lavalle AG, Vera EI. A trama da crítica democrática: da participação à representação e à *accountability*. Lua Nova. 2011; 84:353-64.

49. Boaretto RC. Velhos à margem na margem das ruas: a experiência de uma moradia provisória no município de São Paulo [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2005.

50. List D. Action research cycles for multiple futures perspectives. Futures. 2006; 38:673-84.

Toledo RF, Giatti LL, Jacobi PR. La investigación-acción en estudios interdisciplinarios: análisis de criterios que solamente la práctica puede revelar. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):633-46.

Este artículo propone una reflexión sobre criterios para la metodología de la investigación-acción, con el objetivo de contribuir para la atención de premisas necesarias para la aplicación y mejora de la calidad de investigaciones participativas, en contextos socio-ambientales y de salud. Se utilizaron resultados del análisis de disertaciones y tesis sobre investigación-acción de carácter interdisciplinario en la interfaz de las áreas de salud, educación y ambiental. El análisis de situaciones prácticas permitió la identificación de elementos favorables al alcance de los objetivos de una investigación-acción y la comprensión de su dinámica organizacional. Se establecieron los criterios siguientes: flexibilidad metodológica, combinación de múltiples instrumentos de investigación e intervención y el nivel de participación y colaboración de y entre sujetos e investigadores. La investigación-acción se revela como una propuesta adecuada ante los desafíos interdisciplinarios cuando se realiza contemplando los criterios aquí estudiados.

Palabras clave: Investigación-acción. Interdisciplinaridad. Participación. Salud.

Recebido em 18/01/14. Aprovado em 16/06/14.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0597

Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS):
significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária

Lilian Magda de Macedo[a]
Sueli Terezinha Ferrero Martin[b]

Macedo LM, Martin STF. Interdependence between the levels of care in Brazilian Health Sistem (SUS): meanings of integrality reported by primary care workers. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):647-59.

Integrality constitutes an important principle of the SUS, achieved through the struggles of the Brazilian health movement. It represents an expansion of the concepts of health and illness, to include the social determinants of healthcare needs. Intending to investigate the meanings of integrality reported by primary care workers, a study was developed in a medium-sized municipality in the state of São Paulo, concerning distinct technological work organization models in primary healthcare units. Among the results, the dimension of system integrality appeared with greatest frequency, according to analysis on focus groups. The workers pointed out difficulties in integration and communication between the healthcare levels, determined by selective social policies and medium/high-technology services delegated to the private market. The theoretical-philosophical framework of this study was based on cultural-historical psychology, taking into consideration the categories of work/activity, consciousness, mediation and totality.

Keywords: Integrality. Primary health care. Cultural-historical psychology. Social policies. Work.

A Integralidade constitui um importante princípio do SUS, conquistado com as lutas do movimento sanitário brasileiro. Representa ampliação dos conceitos saúde e doença, abarcando os determinantes sociais das necessidades em saúde. Pesquisa com o objetivo de investigar os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores da Atenção Primária foi desenvolvida em munícipio de médio porte paulista, envolvendo distintos modelos tecnológicos de organização do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde. Dentre os resultados, a dimensão de Integralidade do Sistema apresentou-se com maior frequência, conforme análise a partir de grupos focais. Os trabalhadores apontaram dificuldades de integração e comunicação entre os níveis de atenção à saúde, determinadas por políticas sociais seletivas e serviços de média/alta tecnologia delegados ao mercado privado. Os aportes teórico-filosóficos do estudo pautaram-se na Psicologia Histórico-Cultural, a partir das categorias: trabalho/atividade; consciência; mediação e totalidade.

Palavras-chave: Integralidade. Atenção Primária em Saúde. Psicologia histórico-cultural. Políticas sociais. Trabalho.

[a] Psicóloga. Rua Antônio Sabino Santa Rosa, 70, bloco D, apto 44. Botucatu, SP, Brasil. 18606-140. limagda@hotmail.com
[b] Unesp – Univ Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria. Botucatu, SP, Brasil. stfm@fmb.unesp.br

Integralidade e Atenção Primária à Saúde

A concepção de Integralidade esteve presente desde as lutas do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Traz as prerrogativas de se compreender saúde e doença como processo determinado pelas condições sociais e de classe de indivíduos e populações.

As décadas de 1970/1980 representaram contexto de industrialização e redemocratização no Brasil. Movimentos sociais apontavam as contradições dos investimentos públicos destinados aos complexos hospitalares: acesso à saúde como "bem de consumo".

Diante da hegemonia do saber biologicista e patológico a orientar as políticas de saúde, as lutas pela reestruturação dos serviços pautavam-se pela universalização do acesso e equidade na oferta, além de se guiarem pela ampliação do conceito de necessidades em saúde.

Os conhecimentos produzidos pelas Ciências Sociais e Humanas embasaram críticas ao reducionismo da Medicina e Biologia, sinalizando para a multideterminação dos objetos que compõem o campo: carências sociais e históricas, em interface econômicas, inter-relacionais, culturais e subjetivas[1].

Cecílio[2] organiza as necessidades em saúde em grupos: aqueles relativos às condições de vida (posição social que as pessoas ocupam na sociedade/acesso à infraestrutura básica); relativos ao acesso a serviços/tecnologias; os que dizem respeito às relações sociais e vínculos entre usuário-equipe, garantindo seguimento do cuidado; relativos à autonomia dos usuários no modo de viver.

O princípio doutrinário da Integralidade, assentado na Constituição Federal de 1988, é articulador dos níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS): aglutinando ações assistenciais e preventivas em quaisquer dos âmbitos de prestação de cuidado, do primário ao terciário.

Ao considerarmos a história do movimento sanitário e a história da organização dos serviços públicos no Brasil, compreendemos a Integralidade enquanto um conceito síntese do processo saúde-doença. A organização do trabalho nas instituições, de outro ângulo, nos apresenta a complexidade para sua efetivação.

> De fato, nos anos setenta, o antigo sistema de saúde se estruturou de modo polar: de um lado, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) se ocupou das ações assistenciais, organizando os serviços para responder à demanda espontânea; de outro, o Ministério da Saúde, naquele arranjo, deveria se ocupar daquelas outras necessidades de saúde pública. Indiscutivelmente, tal arranjo não favorece a melhoria da saúde da população. A criação do SUS modificou esse arranjo institucional, mas não necessariamente transformou as práticas dos serviços, de modo a articular a prevenção e a assistência, como diz o texto constitucional.[3] (p. 1413)

A Integralidade, no cotidiano dos serviços, constitui a capacidade dos profissionais em responder ao sofrimento/adoecimento demandado pelos usuários, assim como, de modo articulado, identificar e ofertar, para cada situação singular, ações/procedimentos preventivos[3].

Por outro lado, na organização e *modus operandi* da prática em saúde, relacionam-se revisão e reestruturação contínua do processo de trabalho, com vistas às diferentes necessidades individuais[3,4].

Para tanto, faz-se primordial não conceber os usuários somente como depositários de doenças ou como objeto de ações das unidades. A concepção dos indivíduos atendidos contemplando a totalidade de suas necessidades e potencialidades exige, para sua efetivação, a horizontalização dos programas fornecidos, articulando as demandas espontâneas da população àquelas programadas pelas unidades[3,4].

A partir dessa conceituação, a Atenção Primária constitui um lócus privilegiado para a efetivação da Integralidade, tendo em vista suas ações fundamentadas na proximidade e conhecimento do território adscrito, no acolhimento e no acompanhamento longitudinal aos usuários.

O processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde (independentemente de seu modelo técnico e assistencial) implica o planejamento e execução de ações a partir de um olhar atento para

os determinantes sociais do processo saúde-doença, pautando-se na revisão contínua de seu próprio fazer, em busca da promoção da máxima autonomia dos indivíduos.

Para Schraiber e Mendes-Gonçalves[1], a Integralidade deve partir dos conhecimentos sobre a vida cotidiana: os saberes tecnológicos (científicos e não científicos) relativos ao adoecimento e a recuperação, possibilitando que os trabalhadores possam ter ampliadas suas concepções do que sejam as necessidades expressas por indivíduos e populações atendidas.

A concepção ampliada do processo saúde-doença consistiria numa dimensão da "práxis emancipatória" decorrente das intervenções das unidades, visando a promoção de autonomia.

Nesse sentido, os serviços de saúde precisam criar espaços para a emergência de novas necessidades (aquelas silenciosas, não identificadas pelos próprios usuários), resgatando e valorizando os conhecimentos da vida cotidiana relativos a saúde e doença[1].

Pesquisas desenvolvidas por Starfield[5] comprovaram que nações com sistemas de saúde centrados na Atenção Primária à Saúde (APS) obtêm melhores resultados em indicadores sociais, com maior racionalidade. Assim, enfrentam diretamente os agravos decorrentes das grandes iniquidades no acesso a bens e serviços. Nesse processo, igualmente produzem e reproduzem valores sociais.

A Atenção Primária adquire ainda função de coordenação das Redes Atenção à Saúde (RAS), objetivando a efetivação da atenção integral a partir da gestão de serviços organizados em Redes, conforme a Portaria 2488/11[6].

O *modus operandi* do cuidado primário no Brasil constituiu-se, ao longo da história do SUS, de diversos modelos assistenciais, com a exigência de articulação entre níveis de atenção: a denominada centralidade do cuidado realizado em Rede[7-9].

Desde 1994, a Política Nacional de Atenção Básica estrutura-se guiada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), somada ao Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), com o objetivo de potencializar os princípios do SUS: prosseguir com a expansão do acesso; consolidar a municipalização, e coordenar a integralidade da assistência. E, fundamentalmente, propor mudanças no modelo mercantilizado e hospitalocêntrico hegemônico no país[7,10].

Coexistem, na realidade nacional, modelos assistenciais como as Unidades Básicas sem Saúde da Família, organizadas a partir dos princípios das Ações Programáticas em Saúde e suas noções de danos e risco, conforme as conceituações da História Natural das Doenças e da Epidemiologia[11-13].

O processo de trabalho das Unidades de Atenção Básica prevê: a territorialização; a implementação dos princípios da Programação em Saúde; o acolhimento com escuta qualificada e classificação dos riscos; a avaliação de necessidades/vulnerabilidades; ações educativas, domiciliares e intersetoriais[6,7].

Metodologia

Entre os anos de 2009-2013, desenvolveu-se pesquisa de doutorado com objetivo de investigar os significados de Integralidade de trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde de um município do estado de São Paulo. Para coleta de dados, utilizou-se de grupo focal com profissionais lotados em uma Unidade de Atenção Básica sem Saúde da Família (UBS s/SF) e uma Unidade Saúde da Família (USF).

Para evitar constrangimentos aos relatos, considerando-se a posição de coordenação ou o prestígio social de algumas ocupações, optou-se pela divisão em categorias profissionais: a) enfermeiros (as), médicos (as) e dentistas, sendo realizado um encontro com trabalhadores da USF e dois encontros da UBS s/SF; b) auxiliares de enfermagem e de consultório dentário, com dois encontros de cada equipe e, c) agentes comunitários de saúde (ACS), com dois encontros. Assim, foram formados cinco grupos focais, totalizando nove encontros.

As discussões e reflexões pautadas no grupo focal permitiram evidenciar a compreensão das equipes quanto à Integralidade, as condições de trabalho (incluindo vínculos trabalhistas) e a atividade cotidiana realizada.

A análise do material pautou-se no materialismo histórico e dialético, e psicologia histórico-cultural. As principais categorias foram: trabalho/atividade; historicidade; consciência; mediação e totalidade.

Vecchia e Martins[14], ao utilizarem esse referencial teórico em pesquisa empírica, destacaram as proposições de Vigotski e Leontiev sobre o caráter social da atividade humana, na qual a "relação com a natureza não se dá somente no sentido de satisfação imediata de necessidades biológicas" (p.184-5). Assim, são próprios do homem: "a organização social do trabalho; a intencionalidade consciente das ações, o uso de meios indiretos (ferramentas e signos), tendo em vista também necessidades subjetivas, [...] descoladas [...] de seu caráter imediato" (p.185).

Apontam para a sociedade de classes, suas diferenças na "apropriação dos instrumentos e dos signos historicamente acumulados, em conformidade com o lugar que o indivíduo ocupa no processo geral de produção /apropriação do trabalho social"[14] (p.186). Processo que se reflete psiquicamente nas contradições da consciência[15].

A atividade é categoria central, ponto de partida para novas relações sociais e para intersubjetividade. Implica o compartilhamento de experiências, na formação subjetiva, com transformação de significados e sentidos das práticas sociais. A linguagem assume papel de comunicação e apropriação da realidade, por meio do significado das palavras.

A palavra significada é *unidade de análise*: encerra as propriedades do pensamento, é mediadora. A palavra (signos) constitui-se em instrumentos psicológicos com fins de comunicação (atividade externa, intersubjetiva) e representação do objeto na consciência (atividade interna, intrasubjetiva)[16].

Para Vigotski[16], a palavra expressa na linguagem é mediadora da subjetividade e produto da prática social humana. O significado compõe-se da interface entre pensamento e linguagem, tendo em vista que a palavra sem significado seria som vazio:

> Por isso o significado pode ser visto igualmente como fenômeno da linguagem por sua natureza e como fenômeno do campo do pensamento. Não podemos falar do significado da palavra tomado separadamente. O que ele significa? Linguagem ou pensamento? Ele é ao mesmo tempo linguagem e pensamento porque é uma unidade do pensamento verbalizado. Sendo assim, fica evidente que o método de investigação do problema não pode ser outro senão o método de análise semântica, da análise do sentido da linguagem, do significado da palavra.[16] (p. 10)

Os significados encerram relações que a palavra contém, suas generalizações e conceitos. A atividade humana é sempre significada, representando unidade contraditória do simbólico e emocional: afetos/ emoções são inerentes aos comportamentos e pensamentos[16,17].

A consciência é formada por significações e sentidos, além de conteúdo sensível (percepção, sensações, córtex cerebral); seu processo especificamente humano constitui-se por meio da (e na) Atividade[15,18].

A significação é "a forma sob a qual um homem assimila a experiência humana generalizada e refletida"[15] (p. 96). Ela é fixada na linguagem "sob a forma de conceitos, de um saber ou saber-fazer" (p. 96), é a generalização da realidade a partir da assimilação da experiência das gerações precedentes.

É fundamental o fato de que o homem se aproprie (ou não) de uma dada significação e em que grau a assimile, o que depende do sentido subjetivo que tal significação tenha para ele. O sentido, como afirma Leontiev, é uma relação que se cria na vida, na atividade do sujeito, e traduz a relação com os fenômenos objetivos conscientizados.

Ao se tomar o *significado da palavra como unidade de análise*, é possível compreender como cada indivíduo expressa e codifica suas vivências. A fala é a expressão mais imediata da experiência; cabe ao pesquisador ultrapassar a aparência do discurso para buscar as determinações histórico-sociais.

Um método de análise coerente com uma psicologia concreta parte da crítica às visões reducionistas, objetivistas (empiristas) ou subjetivistas, a partir da historicidade, processo e mediação. O empírico é ponto de partida para se buscar a explicação do processo de constituição do objeto estudado[19].

Analisar um fenômeno significa compreender seu processo histórico, conhecer sua gênese e relações dinâmico-causais, suas contradições, sem perder de vista as relações com a totalidade[16].

A análise dos relatos e discussões obtidas nos grupos focais desenvolveu-se a partir da organização dos temas mais frequentes relativos aos objetivos da pesquisa, sendo construídos, com eles, os pré-indicadores temáticos, precursores dos núcleos de significação.

Os pré-indicadores, de acordo com Aguiar e Ozella[17,20], são caracterizados pela maior frequência (repetição ou reiteração), importância na fala, carga emocional, ambivalências e/ou insinuações.

Após essa etapa, buscou-se a identificação de indicadores (aglutinação dos pré-indicadores), seja pela similaridade, complementaridade e/ou contraposição. Os conteúdos referem-se às fases em que se inserem os dados destacados pelos participantes, assim como remetem-se à particularidade de cada período histórico.

O procedimento da análise sintetiza-se na construção de *núcleos de significação*, a partir dos indicadores. Com relação ao conceito de integralidade em saúde, os resultados apresentaram três núcleos: 1) Comunicação e interdependência entre os níveis de atenção; 2) Olhar ampliado e sofrimento do trabalhador; 3) Vínculo, acolhimento e cuidado: contradições do processo de trabalho.

Este artigo visa apresentar o primeiro núcleo de significação citado, dada sua maior frequência e homogeneidade na análise da pesquisa.

Resultados

Ao questionamento: "*O que pensam sobre a Integralidade como princípio do SUS?*", identificamos que o significado mais frequente referiu-se à *Integralidade do Sistema*.

De forma desvinculada do modelo tecnológico de APS, este significado mostrou-se presente em todas as discussões grupais. A significação consolidada revela-se relacionada à dimensão da RAS, destacando-se as inter-relações entre os níveis de complexidade do SUS.

Em quatro dos cincos grupos focais, as dificuldades de integração das ações da Unidade Básica com os demais níveis de cuidado foram destacadas com grande conotação afetiva, majoritariamente negativa: motivadora de revoltas/indignação; desânimo/descrédito; impotência frente às limitações na resolubilidade das demandas.

> "Porque assim, nós dependemos de outros profissionais; muitas vezes, a gente se sente impotente, porque poxa, se aqui é o inicio de tudo, se a pessoa tá procurando uma Unidade Básica é porque realmente ela não tá bem; pode ser de ordem psicológica, pode ser de outros fatores, né, e você vê que você não consegue solucionar, não depende de você". (Ceumar)[c]

[c] Nomes fictícios.

> "Daí ele vem atrás da gente: dá a impressão que é a gente que não consegue. Só que não é isso. Então, aqui é complicado mesmo. Aqui... Se você não tiver jogo de cintura, como se diz, a gente enlouquece". (Gal Costa)
>
> (UBS s/Saúde da Família - Auxiliares de Enfermagem)

> "Eu acho que assim, a nossa Unidade Primária seria mais resolvida e a população entenderia mais, se tivesse um seguimento correto. Porque a secundária, terciária, a gente depende deles. Ai, encaminhamento, exames, essas coisas, fica tudo empacado: porque demora. Ai o paciente retorna na Unidade reclamando. E acaba culpando o posto. Agendamento, essas coisas vem tudo com data de lá, não é a gente que resolve essas datas. E daí, na maioria das vezes, eles não compreendem porque que tá demorando. Acham que é a gente que não encaminhou". (Zélia Duncan)

> "E ai que é a dificuldade porque aqui é o primeiro contato, mas aqui também é a resposta. Então, fica difícil, né. Você não tem a resposta pra dar; ai a pessoa fica insatisfeita, briga aqui e quem vai escutar é a pessoa que fica aqui". (Elba Ramalho)

> (Unidade Saúde da Família - Auxiliares de Enfermagem)

De maneira independente do modelo tecnológico, os trabalhadores revelam que se constituir no centro de comunicação entre os pontos da RAS é uma função distante da prática cotidiana. A incompreensão acerca da importância da Atenção Básica e de suas especificidades demonstradas pelos demais níveis encontra-se como determinante deste distanciamento.

A pouca valorização dos cuidados primários no interior do processo de produção em saúde compõe mediação central para a análise deste fato destacado pelos trabalhadores. A base desse núcleo de significação é formada, assim, a partir das condições concretas do processo de trabalho desenvolvido.

Distantes de se constituir, na prática, em ordenadora do cuidado, a APS transforma-se em executora de políticas seletivas, dando conta de resoluções pautadas em problemáticas aparentemente simples e iniciais.

Foram evidenciados entraves expressos: na falta de vagas em especialidades no âmbito secundário e terciário, nas burocracias dos encaminhamentos, ausência de seguimento, nas consultas eventuais, no descrédito da população para com a Atenção Primária.

Conforme pesquisa de Sala et al.[21], a ênfase na hierarquização entre os serviços implica avaliações positivas para "o acesso ao especialista", embora a APS não seja "reconhecida como um importante lócus para a resolução de problemas de saúde" (p. 959).

A Rede de Atenção da municipalidade apresenta falhas estruturais que, por vezes, são tomadas, pela população e pelos próprios trabalhadores, como responsabilidades individuais.

Pressionados pelos usuários que não encontram respostas, pelas cobranças dos gestores, e pela frustração pessoal por não desenvolverem o trabalho idealizado, os participantes significam a Integralidade pelas lacunas existentes na relação esgarçada entre a Atenção Primária e os demais níveis da RAS.

> "Então, quer dizer, eu vou aqui no secundário e chego lá, o médico me atende e: uma cartinha pro posto de saúde. Primário. Ai volta aqui. Ai aqui, ele dá uma cartinha pedindo encaminhamento pra ir lá pro terciário. Olha só a burocracia". (Djavan)

> "Pra vocês verem como é falta de comunicação; não teria de ter uma comunicação entre os três? O primário, secundário e o terciário? Ai fica essa guerra, né. Fica essa guerra: você manda pra lá, outro manda pra cá, e você volta pra lá... Tem paciente que foi pro pronto socorro, voltou aqui, foi pra Unesp e voltou pro pronto-socorro, voltou pra cá; ficou uma semana no vai e vem. [...] Isso daí é um descaso, né. Descaso com a gente que é profissional e mais com o paciente". (Cazuza)

> "Se você chega lá, por exemplo, eles não falam assim: "tá faltando o sexo, vamos colocar!" Não! É assim: "é o pessoal do posto que não colocou!". Ai o paciente vem aqui e oh: vem reto em você!". (Gal Costa)

"Os pacientes vêm aqui: "a Unesp mandou!" Apontam o dedo na sua cara". (Djavan)

(UBS s/Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem)

"Não tem um lugar que a gente possa falar: não, aqui realmente a integralidade funciona. Porque muitas das nossas ações, a gente teria que dar continuidade porque depende dos outros serviços e acaba esbarrando na grande demanda, na falta de acesso. Isso acaba dificultado o seguimento do tratamento do paciente. Muitas vezes, a gente sabe que o paciente precisa daquilo e a gente não tem o que fazer, e ai a gente fica até um pouco frustrado, porque, como é a gente que tem esse vinculo com o paciente, é da gente que ele vai cobrar. [...] Então, você sabe que o paciente vai ficar com aquele problema e a gente não tem o que fazer". (Nara Leão)

(Unidade Saúde da Família – Médicas, enfermeiras e dentista)

A organização do trabalho centrada na figura do médico foi outro ponto destacado pelos participantes; resultado que se mostrou independente do modelo tecnológico e assistencial em que exercem suas funções.

As relações hierárquicas e de poder existentes e as dificuldades relativas ao exercício de uma organização do trabalho integrada foram sinalizadas como impedimentos à resolubilidade.

Resultados semelhantes estão em pesquisa de Vecchia[7] sobre o trabalho em equipe na Atenção Primária, destacando-se a ausência de condições objetivas para o desenvolvimento do planejamento de ações a partir de reflexões coletivas.

Para tanto, seria necessário dispor-se de tempo, com compreensão adequada da imprescindibilidade dessa atividade para se perseguir a Integralidade da atenção. Identifica-se, desta maneira, que a centralidade do processo de trabalho desenvolvido pela equipe raramente é questionada e refletida à luz das finalidades de atuação[7].

A totalidade do trabalho de assistência na busca pela autonomia dos usuários tende a diluir-se, restringindo-se a consciência às ações técnicas praticadas individualizadamente; portanto, com limitação para significações e sentidos pessoais atribuídos ao papel de cada trabalhador na composição das equipes multiprofissionais.

Na mesma medida em que os elementos citados demonstram, pela negação, os entraves à Integralidade, as especificidades da Atenção Primária, no tocante às possibilidades de um acompanhamento longitudinal ao usuário, com conhecimento do seu "andar" por toda a rede, foram enfatizadas como diferencial das Unidades.

Na comparação com os demais níveis de atenção, as vantagens da assistência na Atenção Primária foram atribuídas à possibilidade de abarcar a totalidade das condições de vida do usuário.

"Eu trabalhava, na época, num hospital privado. Ai apareceu essa oportunidade na prefeitura. Prestei uma vez, não quis entrar: medo do desconhecido, sabe. Até que resolvi prestar de novo e entrei. Nunca tinha trabalhado em Unidade Básica, em Centro de Saúde. E no fim gostei, e tô a todo esse tempo atuando".

"A gente começa a ter visão assim da população; quando você está num hospital privado, você não tem essa noção de dificuldade que a população tem; de como é usado o dinheiro público; de prioridade. Quando você tá fora desse contexto, você não tem essa noção. É diferente quando você está no hospital, né. A necessidade de prevenção... tudo isso você vê quando você está na Unidade de Saúde". (Marisa Monte)

(UBS s/Saúde da Família – Médica, Dentista e Enfermeiras)

Esses resultados encontram ressonância na pesquisa realizada com usuários da APS na capital paulista, evidenciando avaliação positiva nos quesitos relativos à porta de entrada, elenco de serviços

e coordenação; no entanto, independentemente do modelo tecnológico, "as questões que compõem o enfoque familiar, a orientação comunitária e a acessibilidade receberam as piores avaliações" [21] (p. 957).

> "Ser mais junto, na verdade, né. Porque parece que a gente é uma coisa e eles, outra. Na verdade, a gente é... mas tem que ir formando um elo ali, entre o primário, o secundário e o terciário. E não é assim: cada um faz o seu! E quando alguma coisa dá errado, sempre a culpa é do primário!". (Paula Lima)
>
> (Unidade Saúde da Família – Agentes Comunitários de Saúde)
>
> "Porque a gente tem a nossa resolutividade até um certo ponto; chega uma hora que não dá, tem que encaminhar; e na hora dessa encaminhar é um problema sério". (Marisa Monte)
>
> "Pensando no SUS, né, como modelo: o atendimento integral em todas as áreas, primário, secundário e terciário, a gente não consegue". (Teresa Cristina)
>
> "E pior de tudo, eu acho, é que a gente não tem a resposta depois, né". (Clara Nunes)
>
> "É! Se ele vai, não tem esse feedback. Não tem essa referência e contrarreferência". (Marisa Monte)
>
> (UBS s/Saúde da Família – Médica, Enfermeiras e Dentista)

Dentre as análises relativas aos determinantes da diferença de valoração entre os âmbitos do SUS, Silva Jr. e Alves[22] chamam a atenção para a organização piramidal dos serviços, cuja lógica advém do paradigma ainda vigente nas relações entre os equipamentos de cuidado, contrariamente à "lógica e relações horizontais, com gestão compartilhada e articulada"[6]:

> De acordo com essa concepção [de sistema piramidal], os serviços terciários são mais valorizados, considerados mais complexos e resolutivos, já que concentram equipamentos e procedimentos e atendem às situações com maior risco de vida. Nesse âmbito, têm grande valor os conhecimentos técnicos necessários, sobretudo ao enfrentamento dos aspectos biológicos da doença e dos agravos à saúde, que são valorizados como verdadeiramente científicos. Como, em geral, não há risco de morte e são poucos os equipamentos utilizados, os serviços básicos são entendidos como simplificados, portanto desvalorizados.[22] (p.36)

A referida lógica piramidal encontra-se interdependente do projeto neoliberal, com seus mecanismos e novas expressões, evidenciando a "reciclagem do modelo assistencial médico privatista", conforme nos situa historicamente Mendes[23] (p. 95).

Sob a vigência do modelo neoliberal de Estado, as políticas sociais e de saúde são pautadas por uma universalização excludente, com consequente perpetuação do circuito "má qualidade _ expulsão de setores organizados _ baixa atividade reivindicatória _ má qualidade"; calcadas nos subsistemas de cuidado de formato piramidal e segmentação de classe[23] (p. 98).

De lócus privilegiado para o exercício da Integralidade, a APS se vê pressionada a cumprir metas definidas pelos indicadores de saúde e números de atendimentos, como se pudesse, de maneira isolada, ordenar e regular a integração entre os três níveis de atenção do SUS.

A comunicação inadequada, ausência de contrarreferências, desconhecimento dos trabalhadores dos outros serviços da rede para com a realidade da Atenção Primária compõem elementos concretos da significação relativa à Integralidade do Sistema.

> "É. Porque que nem: manda o paciente ou o particular, ou a Unesp, eles não sabem da realidade do que a gente tem e do que a gente não tem aqui". (Cazuza)
>
> "E falam pro paciente que tem!". (Tulipa Ruiz)
>
> "É. E o paciente vem com aquela ilusão de que aqui tem: 'Não, mas lá falou que tem'. E vem com aquela receita... A gente fala: 'mas a gente não trabalha nem com esse laboratório, não vem pra nós!'"
>
> "'Não, mas a Unesp falou que tem aqui', sabe. Dá dó deles [usuários], porque eles ficam naquela sinuca...". (Cazuza)
>
> (UBS s/Saúde da Família – Auxiliares de Enfermagem)

As análises corroboram pesquisa sobre os sistemas integrados de cuidado e a Atenção Primária. O estudo de Giovanella, Escorel e Mendonça[24], financiado pelo governo federal a partir do Proesf (Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família), e realizado em dez grandes centros urbanos, apresenta o que se segue sobre a comunicação entre os equipamentos da RAS:

> [...] um grande desafio do PSF [Programa Saúde da Família] e da atenção básica em geral é melhorar a comunicação entre profissionais da atenção básica e especialistas e com os serviços de pronto-atendimento e emergência. Os profissionais destes serviços têm formação, concepções e experiências distintas e estabelecer melhor comunicação exige também a ampliação da confiança dos profissionais da atenção secundária nos profissionais de atenção básica para que o especialista promova o retorno do paciente ao serviço de atenção básica. A troca de informações entre os profissionais é essencial para que se possa exercer uma função de coordenador dos cuidados ao paciente.[24] (p. 286)

As relações entre os conhecimentos produzidos na Atenção Primária e aqueles necessários aos demais níveis de cuidado apresentam mediações complexas que perpassam a própria constituição da medicina enquanto ciência e a sua relação com as práticas sociais.

Mendes-Gonçalves[25] aponta para historicidade da área enquanto campo científico, no qual a prática médica acaba por distanciar-se das demais práticas sociais, sendo compreendida socialmente como desvinculada de suas relações com o trabalho em si.

Enquanto trabalho, a prática médica, ou quaisquer intervenções em saúde, são determinadas pelos momentos essenciais da atividade: o agente, a finalidade, o objeto ao qual se aplica e os meios para sua realização (os instrumentos). Estes últimos exprimem não apenas soluções técnicas da relação homem-natureza, mas específicas relações sociais, além de determinarem o modo de se procederem as ações do trabalho[25].

É exatamente a crença na eficácia absoluta da técnica (em seu poder ilimitado) a base mais sólida para a sustentação da medicina, *stricto sensu*, e sua contribuição político-ideológica à reprodução das relações capitalistas: autonomiza-se a técnica na mesma medida em que se destitui o corpo de sua humanidade. Em outras palavras, "processo de desumanização da doença do doente"[25] (p. 32), como se existisse independente das condições de vida, do modo de andar a vida.

A absolutização e autonomização da técnica que permeia o trabalho médico, desenvolvida historicamente no lócus específico do hospital, com seu conjunto de tecnologias duras[26,27], aliadas à cientificidade mítica da função médica e ao fetichismo do produto/mercadoria de sua atividade, contribuem para os distanciamentos e valorações diferenciados entre o trabalho dos âmbitos terciários e aqueles desenvolvidos na Atenção Básica.

Cuidados primários exigem inter-relação com variados campos de conhecimento, científicos ou não. A interdisciplinariedade imprescindível a uma atuação resolutiva, somada à ampliação da concepção sobre o processo saúde-doença, determinam contraposições às especificidades clínicas-hospitalares que, por vezes, impossibilitam diálogos e relações horizontais na produção em saúde[7,25].

No espaço da Atenção Primária, a técnica não se mostra resolutiva isoladamente; não prescinde das relações intersetoriais, dos diálogos com o movimento da vida, com as diferentes formas de trabalho humano e sua produção de conhecimento, de saúde e de adoecimento; não é eficaz senão nas mediações interdependentes de sua função (e do produto de sua ação) com os demais trabalhos necessários às práticas sociais e, consequentemente, com seus produtos[7,25].

Considerações finais

A significação de Integralidade do Sistema revela contradições presentes na Política Nacional de Saúde: definição de Atenção Primária, pautada na ESF, ordenadora da RAS, ampliando o acesso com políticas seletivas, de um lado, e, conforme Marques e Mendes[28] e Connil[29], descapitalizando os níveis secundário e terciário em nome da transferência ao mercado privado.

Tal contradição não é inédita. Fausto e Matta[30] apresentam análises referenciadas aos embates econômicos, políticos e ideológicos existentes nas concepções de Atenção Primária *seletiva* ou *integral*, desde a Conferência de Alma Ata.

Críticas à adoção de uma seletividade das ações do nível primário conforme as prerrogativas difundidas e financiadas por organismos internacionais (Banco Mundial, OMS) remetem-se à não-integração de seus serviços aos demais níveis de atenção.

A focalização das políticas sociais aponta para a ineficácia dos resultados de uma Atenção Primária seletiva, já que não resultaram na redução da pobreza e no melhor acesso aos serviços públicos.

> O desenvolvimento tecnológico no campo da saúde, o perfil demográfico da população, o surgimento de novas doenças, o retorno de velhos agravos, entre outras questões econômicas e socioepidemiológicas, que dão contornos ao quadro das condições de saúde de uma população, levam a crer que uma visão restrita de atenção primária não corresponde à realidade atual da atenção à saúde.
>
> Atualmente, o quadro epidemiológico geral das populações é marcado pelas doenças crônicas, que cada vez mais compõem o conjunto de ações abordadas na esfera da atenção primária, pressupondo um cuidado integrado a outros níveis de atenção.
>
> Finalmente, o conceito ampliado de saúde, baseado na noção de direito de cidadania, amplitude e diversidade de recursos existentes para lidar com os problemas de saúde de nosso tempo, não comporta ações restritas na APS.[30] (p. 52)

Os resultados da pesquisa revelam quanto a Atenção Primária segue enfatizando um trabalho médico-centrado, pautado no modelo anatômico-patológico e no consumo de procedimentos.

Contraditoriamente, essa realidade traz consigo as mediações dos acúmulos históricos conquistados nas ciências médicas/biológicas para a cura de variadas doenças, assim como o restabelecimento da saúde e a melhoria da condição de vida.

O avanço científico não é isento de interesses, como a ênfase no modelo médico e hospitalocêntrico demonstram[25]. As necessidades em saúde situam-se em dimensões mais amplas do que aquelas restritas à biologia ou fisiologia humana como o conceito de Integralidade estabelece.

Os significados atribuídos com maior frequência à Integralidade do Sistema mostraram-se de apropriação difundida entre os trabalhadores: quando se pensa o SUS, as relações entre serviços primários, secundários e terciários são facilmente assimiladas, sendo ampla a concepção de interdependência entre âmbitos de complexidades tecnológicas diversas.

Esse núcleo de significados apresenta-se com construção estabilizada desde as proposições iniciais do sistema nacional de saúde, conforme as lutas do movimento sanitário, até as primeiras instituições

do SUS nos anos 1990. Anteriormente, encontra-se definido no acúmulo da literatura e prática em saúde pública na esfera internacional; com o relatório Dawson, na Inglaterra de 1920, os sistemas integrados de saúde[5] e a Conferência de Alma-Ata.

O sistema de significações instituído na prática dos cuidados à saúde ao longo da história da humanidade é apropriado e significado pelos trabalhadores na concepção de maior frequência com que expressam a Integralidade.

Desde a RSB, compreendida como articuladora de ações assistenciais e preventivas em quaisquer dos âmbitos de prestação de cuidado[3,4], encontra-se limitada pelos entraves ao processo de trabalho determinados pela lógica das políticas sociais sob a vigência de práticas contrarreformistas de Estado.

De maneira paradoxal, nas ações cotidianas, uma das dimensões importantes da Integralidade constitui a capacidade dos profissionais de responderem ao sofrimento/adoecimento demandado pelos usuários, assim como, de modo inter-relacional, identificarem e ofertarem, a cada situação singular, ações ou procedimentos preventivos[3].

Essa concepção é buscada pelas equipes pesquisadas, independente do modelo de atuação. Os relatos reproduzidos neste artigo, além de outros, evidenciam a identificação, solidariedade e compromisso com o trabalho e a população atendida.

Colaboradores

Lilian Magda de Macedo foi a responsável pela pesquisa de campo, análise do material coletado, revisão e redação do artigo. Sueli Terezinha Ferrero Martin colaborou na análise e discussão dos dados, revisão e redação do artigo.

Referências

1. Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica. São Paulo: Hucitec; 2000.

2. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2001. p. 113-26.

3. Mattos RA. Integralidade na prática (ou sobre a prática da Integralidade). Cad Saude Publica. 2004; 20(5):1411-6.

4. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4a ed. Rio de Janeiro: Abrasco/UERJ/Cepesc; 2006. p. 39-63.

5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2ª ed. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2004.

6. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

7. Vecchia MD. Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: o processo grupal como unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2011.

8. Baptista TWF, Fausto MCR, Cunha MS. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. Physis. 2009; 19(4):1007-28.

9. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Saude Debate. 2003; 27(65):257-77.

10. Portaria nº 1889, de 18 de novembro de 1997. Aprova Normas e Diretrizes do Programa Agentes Comunitários da Saúde e do Programa Saúde da Família. Legislação do SUS. Brasília (DF): CONASS; 2003.

11. Paim JS. As bases conceituais da reforma sanitária. In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997. p. 11-24.

12. Nemes MIB. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de recuperação. In: Schraiber LB, organizadora. Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 65-117.

13. Schraiber LB, organizadora. Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec; 1990.

14. Vecchia MD, Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. Cienc Saude Colet. 2009; 14(1):183-93.

15. Leontiev AN. O desenvolvimento do psiquismo. Lisboa: Horizonte Universitário; 1978.

16. Vigotski LS. A construção do pensamento e da linguagem. São Paulo: Martins Fontes; 2001.

17. Aguiar WMJ, Ozella S. Núcleos de significação como instrumento para apreensão da constituição dos sentidos. Psicol Cienc Prof. 2006; 26(2):222-45.

18. Vigotski LS. Análisis de las funciones psíquicas superiores. In: Vigotski LS, organizador. Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. Kuper L, tradutora. Madrid: Visor; 1995. p. 97-120. (Obras escogidas, III)

19. Vigotski LS. O significado histórico da crise da Psicologia: uma investigação metodológica. In: Vigotski LS, organizador. Teoria e método em Psicologia. Berliner C, tradutora. 3a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2004. p. 203-417.

20. Aguiar WMJ, Ozella S. Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. Rev Bras Estud Pedag. 2013; 94(236):299-322.

21. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia R. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. Saude Soc. 2011; 20(4):948-60.

22. Silva Júnior AG, Alves CA. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini MVGC, organizador. Modelos de atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 27-41.

23. Mendes EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; 1995.

24. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. Saude Debate. 2003; 27(65):278-89.

25. Mendes-Gonçalves RB. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1979.

26. Merhy EE, Chakkour M, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues RA, Oliveira PCP. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 113-50.

27. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 71-112.

28. Marques RM, Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? Cad Saude Publica. 2002; 18 Supl.:163-71.

29. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saude Publica. 2008; 24 Supl. 1:7-16.

30. Fausto MCR, Matta GCA. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, organizador. Modelos de atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 43-67.

Macedo LM, Martin STF. Interdependencia entre los niveles de atención del Sistema de Salud Brasileño (SUS): significado de integralidad presentado por trabajadores de la Atención Primaria. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):647-59.

La integralidad constituye un importante principio del SUS, conquistado con las luchas del movimiento sanitario brasileño. Representa la ampliación de los conceptos de salud y enfermedad, abarcando los factores determinantes sociales de las necesidades en salud. Una investigación de los significados de la integralidad presentados por trabajadores de Atención primaria se desarrolló en un municipio de mediano porte del estado de São Paulo, envolviendo distintos modelos tecnológicos de organización del trabajo en las Unidades Básicas de Salud. La dimensión de integralidad del sistema surgió con mayor frecuencia, conforme análisis a partir de grupos focales. Los trabajadores señalaron las dificultades de integración y comunicación entre los niveles de atención a la salud, determinadas por políticas sociales selectivas y servicios de mediana/alta tecnología delegados al mercado privado. Las contribuciones teórico-filosóficas del estudio se basaron en la Psicología Histórico-Cultural, a partir de las categorías: trabajo/actividad; conciencia; mediación y totalidad.

Palabras clave: Integralidad. Atención primaria en salud. Psicología histórico-cultural. Políticas sociales. Trabajo.

Recebido em 05/07/13. Aprovado em 16/07/14.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0653

Acesso à informação em saúde e cuidado integral:

percepção de usuários de um serviço público

Renata Antunes Figueiredo Leite[a]
Emanuele Seicenti de Brito[b]
Laís Mara Caetano da Silva[c]
Pedro Fredemir Palha[d]
Carla Aparecida Arena Ventura[e]

Leite RAF, Brito ES, Silva LMC, Palha PF, Ventura CAA. Access to healthcare information and comprehensive care: perceptions of users of a public service. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):661-71.

The aim of this study was to identify the perceptions of patients at a healthcare service regarding the right to information and comprehensive care. This was a qualitative, exploratory investigation with an analytical-descriptive orientation, for which the theoretical axis was the right to health-related information access and comprehensive care. The following categories were constructed: difficulties in achieving humanized healthcare in a primary unit; depersonalization of professional/patient relationships; gaps in physical and human infrastructure of the service; and interpersonal relationships among the different players in the care process. Access to information constitutes a central aspect of promotion of comprehensive healthcare. To be able to provide this adequately, it is important to make professionals aware of the importance of user empowerment, so as to make users the protagonists of care and have them as allies in the care process.

Keywords: Right to health. Access to information. Comprehensive healthcare. Humanization of care. Public Health.

O objetivo deste trabalho foi identificar a percepção de usuários de um serviço de saúde sobre direito à informação e integralidade do cuidado. Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória, com orientação analítico-descritiva, cujo eixo teórico foi o direito à saúde relacionado ao acesso a informação e integralidade do cuidado. As seguintes categorias foram construídas: dificuldades para concretização do cuidado humanizado à saúde em uma unidade básica; despersonalização da relação profissional/usuário do serviço; lacunas na infraestrutura física e humana do serviço; e relacionamento interpessoal entre os diferentes atores do processo de cuidar. O acesso à informação se constitui como aspecto central para a promoção do cuidado integral à saúde. Para conseguir proporcioná-lo de forma adequada, torna-se importante sensibilizar a equipe com relação à importância do empoderamento do usuário, para torná-lo protagonista do cuidado e tê-lo como um aliado no processo do cuidar.

Palavras-chave: Direito à saúde. Acesso à informação. Assistência integral à saúde. Humanização da assistência. Saúde Pública.

[a,b] Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP/USP). Av. Bandeirantes, n. 3900, Campus Universitário, Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 14040-900. rafig@usp.br; emanuele600@usp.br
[c] Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, EERP/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. laismara@eerp.usp.br
[d] Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, EERP/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. palha@eerp.usp.br
[e] Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, EERP/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. caaventu@eerp.usp.br

Introdução

A saúde começou a interessar ao Direito, inicialmente, com a noção de que existe uma "saúde pública e coletiva" a ser protegida. Assim, o higienismo foi acompanhado das primeiras normas jurídicas voltadas a intervir ativamente para a proteção da saúde pública e coletiva, sendo a primeira entendida como aquela relacionada às ações governamentais, enquanto a saúde coletiva como aquela que compreende o sujeito em sua totalidade – como sujeito biopsicossocial[1,2]. Contudo, somente com a reorganização política internacional em meados do século XX e com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, é que a saúde passou a ser reconhecida como direito humano e a ser protegida juridicamente nos Estados modernos, por meio de normas que estabelecem obrigações ao poder público e aos cidadãos para sua plena realização.

No Brasil, o direito à saúde se afirmou somente a partir da Constituição da República de 1988, que o reconheceu expressamente como sendo um direito fundamental ao ser humano, e definiu as diretrizes para a operacionalização da atenção à saúde no Brasil, quais sejam: descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade[1].

A partir dessas diretrizes, foi criada a Lei 8.080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu, em seu art. 7º, II, o princípio da integralidade da assistência, entendida como "um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema"[1] (p. 223).

No entanto, a integralidade não é apenas uma diretriz básica do SUS, mais do que isso, propõe o desenvolvimento e ampliação do cuidado pelos profissionais da saúde[3]. A integralidade "pode ser percebida como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência ampliada, com articulação das ações dos profissionais, em uma visão abrangente do ser humano dotado de sentimentos, desejos, aflições e racionalidade"[3] (p. 134).

Desse modo, integralidade precisa ser trabalhada em inúmeras dimensões para ser alcançada, subdividindo-se em focalizada ou ampliada. A focalizada seria aquela relacionada ao compromisso e a preocupação, da equipe de saúde de um determinado serviço, em realizar a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aqueles que procuram atendimento, englobando: boas condições de vida, capacidade de acesso e consumo de toda tecnologia da saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, por meio de vínculos (a)efetivos entre usuário e equipe/profissional que estabeleçam relação de confiança. A ampliada, por sua vez, é pensada em redes, correspondendo, assim, à articulação entre os serviços de saúde (SS) e outras instituições, visto que as várias tecnologias estão distribuídas em diferentes serviços e a melhoria das condições de vida depende de uma articulação intersetorial[4]. Este estudo centra-se na integralidade focalizada, sendo esta o ponto de partida que permitirá discutir a informação em saúde como meio de alcançar o cuidado integral.

Direito fundamental à informação em saúde

O artigo 5º, inciso XIV da CRFB/88 assegura a todos o direito de acesso à informação, resguardando o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional.

Ao mencionar o acesso de todos à informação como um direito individual, ressalta-se o direito fundamental à informação em saúde, ou seja, o direito que o usuário de um serviço público de saúde tem de ser informado sobre todos os aspectos que envolvam a sua saúde, e os serviços asseguram o acesso à informação por direito.

Entretanto, somente se pode chamar de "informação" algo que se compreende, isto é, se existe, por parte do sujeito cognoscente, consenso em relação ao seu significado[5]. Caso contrário, não é informação. Outro aspecto que merece destaque refere-se às qualidades, relevância e propósito inerentes ao termo "informação", já que o sujeito cognoscente busca a informação com determinado objetivo, seja conscientemente ou inconscientemente, necessitando, porém, de mediação humana, pois, o que é informação para um pode não ser para outro.

Sendo assim, a informação, quando mediada pelo profissional de saúde, necessita da adequação à pessoa, uma vez que a informação transmitida a um indivíduo pode não ser entendida por outro da

mesma maneira. Assim, o usuário ou sujeito cognoscente ressignifica a informação, sintetizando-a e contextualizando-a em sua vivência.

A discussão sobre cada situação deve ser realizada, adaptando-se aos valores e expectativas psicológicas e sociais de cada pessoa, sem se ater a fórmulas padronizadas. Os usuários devem ser, portanto, considerados únicos, não padronizáveis, e o consentimento com a adequada informação deve basear-se não só na escolha de uma melhor alternativa científica, mas na melhor alternativa para aquela pessoa[6].

Nesse contexto, ressalta-se a importância da mediação pelo profissional de saúde, adotando sempre um padrão subjetivo a cada usuário para que este tenha o acesso cognitivo da informação mediada.

A mediação e o empoderamento da informação pelo paciente

A mediação da informação pode ser entendida como "toda ação de interferência, realizada pelo profissional, direta ou indireta; consciente ou inconsciente; singular ou plural; individual ou coletiva; que propicia a apropriação de informação que satisfaça, plena ou parcialmente, uma necessidade informacional"[7] (p. 92).

Assim, sem a informação, que lhe é devida por direito, o usuário não é capaz de reivindicar e/ou lutar pelos seus direitos; não tem condições e nem argumentos para questionar, dificultando, dessa forma, o exercício de sua autonomia e de sua cidadania.

Cidadão como aquele que, em uma sociedade, goza não só de direitos civis e políticos, mas, também, de direitos sociais como: trabalho, educação, habitação, saúde e prestações sociais. Só se pode exigir de um cidadão que assuma responsabilidades, quando a comunidade política tiver demonstrado, claramente, que o reconhece como seu membro por meio da garantia de seus direitos sociais básicos[8].

Partindo desta hipótese, o exercício da cidadania pelos usuários está diretamente relacionado ao seu empoderamento. Compreende-se, por empoderamento, o processo pelo qual os que detêm o poder, no caso, os profissionais de saúde, favorecem aos outros (usuários) a aquisição e uso do poder necessário (*empoderamento da informação*) para tomar decisões que afetam a si ou sua vida. Não se deve considerar o poder apenas nos níveis mais altos, mas como algo que pode ser compartilhado por todos[9].

O empoderamento do indivíduo por meio da informação tem papel fundamental no processo de autotransformação da pessoa, na medida em que propicia um ambiente de mudanças com o intuito de oferecer, aos indivíduos envolvidos, certa autonomia. Fornecer subsídios para a emancipação e empoderamento é um dos eixos para se alcançar a integralidade[10].

Nesse cenário, a mediação da informação permite o deslocamento do usuário da categoria de mero receptor, colocando-o como ator central do processo de apropriação, ou seja, o empoderamento da informação, pelo usuário, o desloca da categoria de receptor passivo da informação a um ser ativo e participativo, e, portanto, cidadão[7].

> O usuário é quem determina a existência ou não da informação. A informação existe apenas no intervalo entre o contato da pessoa com o suporte e a apropriação da informação. Como premissa, entende-se a informação a partir da modificação, da mudança, da reorganização, da reestruturação, enfim, da transformação do conhecimento. Assim compreendida, ela (a informação) não existe antecipadamente, mas apenas na relação da pessoa com o conteúdo presente nos suportes informacionais. Estes são concretos, mas não podem prescindir dos referenciais, do acervo de experiências e do conhecimento de cada pessoa. Em última instância, quem determina a existência da informação é o usuário, aquele que faz uso dos conteúdos dos suportes informacionais. Considerada a informação desse modo, é clara a participação ativa e decisiva do usuário no processo. De receptor, passa o usuário a ser um construtor, um co-produtor da informação.[7] (p. 96-7)

Essa transformação da informação em conhecimento é realizada em âmbito individual. Porém, a pessoa, o indivíduo, não é vazia, ou seja, não tem espaços vazios nos quais o conhecimento, fruto da apropriação da informação, se aloja. A pessoa possui um conhecimento prévio, um conhecimento tácito e o constrói na relação com os outros e com o mundo. Nessa perspectiva, a informação altera um conhecimento preexistente, interferindo na construção desse novo conhecimento. Este é construído a partir de toda influência que o indivíduo tem com o mundo, sejam elas influências sociais, políticas, econômicas ou culturais[7].

A informação em saúde se insere nesse contexto, ou seja, o ato de informar o usuário sobre sua saúde ou doença, e sobre todos os aspectos que a constituem. A informação em saúde é vista como *processo*, tornando possível a apropriação da informação pelo usuário. O mediador, que pode ser o médico, o enfermeiro ou qualquer profissional de saúde, torna-se elemento essencial nessa apropriação de informação, uma vez que é ele quem serve de intermediário na comunicação.

As informações, especificamente os dados – sejam aqueles relacionados aos diagnósticos, prognósticos, resultados dos exames, explicações sobre prescrições, medicamentos, interações medicamentosas, entre outros –, são analisados como "coisa" informada, propiciando, assim, o conhecimento acerca de seus direitos, enquanto usuário do serviço de saúde, como potencial promotor da integralidade do cuidado que lhe é prestado. Sendo a informação em saúde transformada em conhecimento, a mesma pode levar à apropriação da informação pelo paciente, empoderando-o e trazendo possibilidades para que ele exerça, efetivamente, seu direito à saúde.

Ante ao exposto, este estudo tem como objetivo identificar a percepção/opinião de usuários de um serviço de atenção básica sobre o direito à informação em saúde e seu potencial como promotora da integralidade do cuidado.

Material e método

Trata-se de pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, com orientação analítico-descritiva, que tem como eixo teórico o direito à saúde, nesse caso, relacionado ao acesso à informação e à integralidade do cuidado.

O município estudado conta com uma rede de atenção à saúde composta por: 26 Unidades Básicas de Saúde, 14 Unidades de Saúde da Família, cinco Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), um Centro de Referência para DST/AIDS, um Núcleo de Saúde Mental, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD), um CAPS para atendimento da população adulta, um CAPS infantil, um Hospital Dia para atendimento psiquiátrico, além de um Centro de Especialidade Odontológica[11].

Este estudo foi desenvolvido, especificamente, em uma UBDS, que se caracteriza por oferecer serviços de emergência 24 horas a crianças e adultos, bem como atendimento básico, voltado para as seguintes modalidades: Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Odontologia, Enfermagem, Assistência Domiciliar, Teste do Pezinho e Vacinação.

Participaram do estudo 22 usuários desse serviço, atendidos em consultas previamente agendadas pelo setor de Clínica Médica, inseridos com base nos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, e ser capaz de se comunicar verbalmente e consentir (por assinatura ou digital) em participar do estudo (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro, e gravada em meio digital, baseado na seguinte questão norteadora: "Como você se sente quando recebe informações sobre o seu estado de saúde, sobre o seu tratamento, sobre suas possibilidades de escolha relacionadas a este tratamento?". Ressalta-se que a entrevista foi realizada em local reservado, logo após a consulta médica, na tentativa de coletar os dados durante o ato reflexivo do usuário sobre o momento vivido recentemente.

No que se relaciona à análise dos dados obtidos, as entrevistas foram transcritas e analisadas por meio da técnica de Análise de Conteúdo - Modalidade Temática. Segundo Bardin[12] (p. 107), "o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos

à teoria que serve de guia à leitura". Dessa forma, as categorias foram construídas conforme os temas que emergiam do processo de leitura e análise do texto.

A exploração do material foi composta por três fases[12]: (i) pré-análise, em que os dados foram transcritos e organizados; (ii) exploração do material, fase na qual os dados foram organizados por categorias e subcategorias temáticas, revisados repetidas vezes e codificados continuamente. Para a codificação, realizou-se a leitura exaustiva e repetida do conteúdo das entrevistas e dos recortes que representaram significado para responder os objetivos do estudo; (iii) tratamento e interpretação dos resultados, que foram analisados com subsídio da literatura sobre o objeto de estudo, e, também, dos dados da observação, culminando nas considerações finais. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sendo aprovado em 21 de dezembro de 2009. Nesse sentido, este estudo atende ao rigor científico e aos preceitos éticos exigidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) na realização de Pesquisa com Seres Humanos, garantindo a privacidade, o anonimato, a participação voluntária dos respondentes e a utilização científica dos resultados.

Resultados e discussão

Após a leitura exaustiva do conteúdo das respostas fornecidas pelos entrevistados e dos recortes que apresentavam potencial para contribuir e responder os objetivos do estudo, foram formuladas as seguintes categorias temáticas: "Dificuldades para a concretização do cuidado humanizado à saúde em uma unidade básica"; "A despersonalização da relação profissional/usuário do serviço"; "Lacunas na infraestrutura física e humana do serviço e relacionamento interpessoal entre os diferentes atores do processo de cuidar", as quais são detalhadas e discutidas a seguir.

Dificuldades para a concretização do cuidado humanizado à saúde em uma unidade básica

Os participantes da pesquisa ressaltaram a importância da concretização do cuidado humanizado no atendimento, o que pode ser evidenciado na fala:

> "Quando a gente é bem diagnosticada, a gente sabe realmente o que a gente tem, a gente fica até tranqüilizada, agora eu tenho isso, agora eu vou tratar. Aí quando a gente recebe uma informação desencontrada, não, mas eu ainda tô sentindo esse sintoma e ele fala que eu não tenho nada, a gente fala assim, porque será que ele não procura investigar mais, tá entendendo? Mas, às vezes saber realmente o que você tem, aí também depende do médico, tem médico que dá, igual, sabe, 'você tem isso', explica direitinho o que a gente tem, aí a gente fica até com um certo alívio, e outro às vezes fala: 'olha você não tem nada', ou que 'você tem um probleminha só e pronto'. Isso vai também de cada médico, vai da consciência de cada médico". (E11)

As situações de fragilidade do cuidado, evidenciadas por meio da fala acima, são reforçadas no relato abaixo, que se volta à importância da equipe multiprofissional para a concretização, qualidade e efetividade do cuidado prestado, sendo o mesmo oferecido de forma integral:

> "Se tratassem a gente melhor... eu me sentiria mais confiante sobre os possíveis tratamentos [...] Quais as possibilidades poderiam ser tomadas e tal, teria mais confiança no procedimento". (E20)

A confiança relatada pelos respondentes é constituída pelo vínculo terapêutico estabelecido entre profissional-usuário, em situações em que o profissional tem atitudes que propiciam segurança e

confiança. O vínculo está presente desde os primeiros momentos de contato. O profissional deve dar atenção, ouvir, saber compreender os atos do usuário, orientá-lo sobre seu estado de saúde e o que deverá ser feito. Deve, ainda, identificar-se de maneira formal – e o mesmo deve ser feito com familiares e/ou acompanhantes –, estando receptivo, abordando-o de forma respeitosa e mostrando-se sensibilizado com o seu sofrimento[13].

Em outros casos, como na fala a seguir, destaca-se um comportamento, por vezes, menos polido, com certa indiferença, sem a atenção e o respeito à que o usuário tem direito[14].

> "Bom, não me sinto bem amparada não, porque você pergunta e mal dá resposta, eles te falam com a maior frieza [...] Me sinto muito mal porque acho que eles deviam ser mais humanos. Também trabalho na área da saúde, e acho que deviam ser mais humanos e não tratar pacientes como se fosse uma pessoa qualquer, se é um paciente devia tratar melhor". (E9)

Nesse sentido, como declara o usuário (E9), os profissionais deveriam ser mais humanos. As políticas de saúde atuais estão cada vez mais voltadas para a assistência humanizada, que favoreça uma maior interação entre profissionais de saúde e usuários, de modo que seja assegurada uma assistência integral. Outrossim, há vários entraves que podem ser agregados ao ato de humanizar em saúde. Em muitos casos, deixa-se de perceber o imperceptível, que inclui ver o paciente em sua totalidade, um ser que tem emoções, medos, angústias e ansiedades que, muitas vezes, não são ditas, mas que é possível perceber por meio de pequenos gestos e olhares[13].

Por outro lado, para ser prestada assistência integral, considerando a humanidade de quem é cuidado, é imprescindível, ainda, uma postura mais autônoma por parte dos usuários, como forma de assegurar seus direitos. No entanto, para que as pessoas possam cuidar bem de si, torna-se necessário serem informadas, para, assim, poderem lutar pelo que desejam e acreditam[14].

Desta forma, para que os direitos dos usuários sejam efetivamente respeitados, o atendimento pela equipe de saúde necessita ser mais humanizado, uma vez que o paciente não é apenas uma doença, mas um ser com sentimentos que devem ser respeitados e considerados. Observa-se, portanto, que a humanização é condição *sine qua non* para a integralidade do cuidado, na busca de se apreenderem as necessidades mais abrangentes do ser humano, valorizando-se, também, a articulação entre as atividades de prevenção e de assistência[15].

A integralidade ultrapassa, então, a visualização da assistência em todos os níveis de atenção, buscando a assistência humanizada e o acolhimento adequado, considerando-se o ambiente e as características individuais do usuário[16]. Nesse sentido, o uso insatisfatório das informações, pelos atores envolvidos no processo de cuidado e, portanto, de comunicação em saúde, pode, certamente, dificultar o oferecimento de um cuidado humanizado e integral.

A despersonalização da relação profissional/usuário do serviço

A legislação vigente introduz prerrogativas importantes, quais sejam: princípios estabelecidos na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, em 2006, e a Lei Estadual 10.241/1999, que assegura que o paciente tem direito a ser identificado pelo nome e sobrenome, devendo existir, em todo documento de identificação do usuário, um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independentemente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso[8].

Nesse contexto, observa-se que os profissionais precisam perguntar para a pessoa o seu nome e como ela gosta de ser chamada[17]. O relacionamento deve obedecer, então, à referência que é dada pela própria pessoa.

Não obstante, como é amplamente admitido e propalado, um dos principais fatores que influenciam o aumento dos questionamentos dos serviços de saúde é a despersonalização da relação entre o profissional de saúde e o paciente, originada a partir da chamada "massificação" da medicina e dos serviços de saúde em geral[18].

O paciente sempre esteve em posição de subordinação, e não raras vezes é visto como um "caso". A patologia que apresenta é discutida como se esta fosse o "sujeito", e o paciente um mero receptor do sujeito[19], realidade que é constatada na fala a seguir:

> "[...] você se sente nada. É o que a gente é aqui, um número, uma ficha, é assim. Eles não informam, não informam nada [...]". (E12)

Lamentavelmente, em muitos momentos, a equipe de saúde, durante a prestação de assistência, chega a esquecer que essas pessoas têm uma identidade e que vivenciam seus problemas como sujeitos inseridos em uma determinada realidade, e que, portanto, necessitam ter seus direitos preservados. Esses profissionais ficam tão envolvidos com a doença, os recursos tecnológicos e as sofisticações técnicas, que, em muitas situações, não priorizam o aspecto humano[20].

O próximo depoimento demonstra a despersonalização no relacionamento entre profissionais de saúde e usuários:

> "Bom, não me sinto bem amparada não, porque você pergunta e mal dá resposta, eles te "fala" com a maior frieza, com a maior né". (E9)

O usuário do serviço de saúde quer ser tratado como um conjunto biopsicossocial. Porém, percebe que, ao chegar para ser atendido, deixa de ser uma pessoa, recebendo um tratamento que desconsidera sua identidade, sua história de vida, tornando-se, então, apenas um leito ou uma doença que precisa ser tratada[20].

As dificuldades resultantes desta despersonalização da interação com os usuários acabam por prejudicar a integralidade do cuidado e o exercício de qualquer direito, uma vez que o paciente participa desta relação como objeto, não como partícipe e sujeito protagonista de sua própria história, o que a revela como uma prática cotidiana que se desencontra das ações voltadas à humanização da atenção preconizadas pelo Ministério da Saúde[21].

Lacunas na infraestrutura física e humana do serviço, e o relacionamento interpessoal entre os diferentes atores do processo de cuidar

Outro ponto a ressaltar é a rapidez com que ocorrem as consultas médicas, que resultam na promoção de um ambiente frio e desumano, ao invés de acolhedor e atento às necessidades do usuário. Os usuários relatam que os médicos não os examinam, apenas prescrevem medicamentos sem uma prévia avaliação de seu estado de saúde:

> "Tanto que nem por a mão em mim ela [médica] não colocou, ela só falou, ela lá e eu aqui... Porque, primeiro de tudo, se eu chegar lá [no consultório] e falar que eu tô com dor de barriga ela dá o remédio pra dor de barriga, ela vai me consultar pelo que eu tô falando, entendeu? Ela não me examina pra saber o que eu tenho, não pede exame, entendeu?". (E1)

É de nosso conhecimento que o usuário tem o direito de receber o atendimento com a melhor qualidade possível, "fundado numa sólida base de conhecimentos e proporcionado por pessoas que podem empregar essas bases de conhecimento aplicando juízos e raciocínios acertados e um sistema de valores claro e conveniente"[22] (p. 451-2).

Entretanto, situações imbricadas no cotidiano do profissional podem acabar por fragilizar o desempenho de suas funções. No momento em que emergem o cansaço, a vontade de concluir a consulta e a pressão criada por outros usuários na sala de espera, o profissional pode ser levado a cumprir alguma demanda mais urgente, deixando de dar a devida atenção ao paciente/acompanhante, conforme explicita a fala:

> "Às vezes me sinto revoltado, quando você chega você tá com determinada dor, sentindo alguma coisa, fazem os exames, às vezes o médico nem ouve muito bem o que você tá dizendo, você tá dizendo que tá sentindo e ele já tá terminando de fazer a prescrição mesmo antes, às vezes nem te faz uma avaliação, às vezes nem toca em você, ele olha pra você como se fosse um, um médium ali, olhando pra você e escreve, e assim não tem, não dá muito espaço pra você dizer o que realmente está sentindo e nem presta interesse que a gente percebe, que ele tem interesse que você entre no consultório ele faça a prescrição e você vá embora logo, acho que o interesse não é em descobrir o que o paciente tem, mas sim liberar o espaço pra vir o próximo e assim sucessivamente". (E13)

Aqueles que se propõem a assistir o ser humano devem assumir uma postura de respeito e compromisso, valorizando a experiência de vida dos usuários do serviço em que trabalham, possibilitando-lhes preservar sua individualidade, pois cada pessoa necessita de um cuidado[20]. Logo, é perigoso voltar-se apenas para a doença, pois uma mesma enfermidade poderá apresentar manifestações diferentes em pessoas distintas.

Dessa forma, a integralidade somente é garantida quando oferecidos ao usuário, dentre outras ações, horários disponíveis na unidade de saúde e comunicação efetiva junto ao profissional[16], o que corrobora a compreensão de que o exercício do direito à informação deve ser valorizado para que se alcance uma comunicação mais efetiva entre os diversos atores do processo de cuidar.

Conclusão

O direito à saúde se concretiza com a constitucionalização desse direito como social no ordenamento jurídico nacional. Com a promulgação da CRFB/1988, a saúde passa a ser tratada como direito do cidadão e sua garantia é estabelecida como dever do Estado. A institucionalização do SUS em 1990, apregoando caráter de atendimento universal, equânime e integral, vem ao encontro da constitucionalização desse direito. Nesta pesquisa, puderam-se observar as dificuldades enfrentadas pelos usuários de uma unidade básica de saúde em relação ao acesso à informação em saúde, que está relacionada à integralidade do atendimento.

O direito à informação em saúde é um direito que se legitima a partir da informação mediada pelo profissional de saúde, permitindo que o paciente se empodere desta informação, gerando conhecimento e, consequentemente, possibilitando que exerça sua cidadania.

Em relação ao direito à informação, as legislações em vigor estabelecem que o usuário tem direito a receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre seu estado de saúde. Esse trabalho permitiu identificar a informação como um ponto-chave para a promoção do cuidado integral, por meio de ações de saúde humanizadas e voltadas ao estabelecimento de um processo de comunicação claro.

Sendo assim, pode se tomar como entrave para a promoção do cuidado integral à saúde: a falta de acesso a informações verdadeiras sobre sua saúde, apontada como uma dificuldade pelos usuários, já que gostariam de receber informações verdadeiras e com melhor qualidade. Os entrevistados enfatizaram que a verdade, o respeito e a empatia com relação ao outro podem fortalecer e humanizar a relação profissional de saúde-usuário. Outro entrave citado são as dificuldades na relação interpessoal com o usuário, especialmente em virtude da rapidez nos atendimentos, já que o profissional, ao atender muitos usuários em pouco tempo, não lhes dá o atendimento com a qualidade esperada, muitas vezes, tratando-os como um número, uma ficha, uma doença. Em alguns casos, salienta-se, ainda, que o profissional prescreve medicamentos com base apenas no que diz o usuário, não o examinando e tampouco ouvindo as suas queixas, ressaltando-se, aqui, a despersonalização do paciente.

Completando as dificuldades relatadas, o excesso de burocracia no sistema é um problema evidenciado, já que atrapalha o funcionamento e a integralidade apregoada pelo SUS. Nessa

perspectiva, observa-se que o problema não é a existência de formalização, necessária em organizações dessa dimensão, mas, sim, o excesso de regras, que, ao invés de facilitarem o processo de trabalho, muitas vezes, dificultam a efetividade do serviço prestado ao usuário do sistema de saúde.

Em suma, pode-se afirmar que o exercício do direito à informação em saúde é pré-condição para a diminuição da vulnerabilidade e para a promoção do empoderamento do usuário, permitindo que exerça as diferentes possibilidades de escolha relacionadas à sua própria saúde, e, assim, tenha condições de se tornar um dos sujeitos da relação profissional de saúde-usuário.

Para que realmente exista um equilíbrio entre os poderes dos envolvidos neste processo, é fundamental que os profissionais de saúde reconheçam o paciente como usuário, ou melhor, como um ser humano, que possui uma história de vida distinta, sentimentos e necessidades, e não apenas como "mais um" paciente a ser atendido dentre muitos números e doenças. Para que isto aconteça e se estabeleça um cuidado realmente integral e humanizado, o profissional deve se utilizar de um padrão subjetivo em sua comunicação com o usuário, atuando como um verdadeiro mediador nesta relação. Nessa perspectiva, o profissional de saúde busca se colocar no lugar do outro compreendendo as suas particularidades.

Contudo, apesar de os princípios que regem o modelo do SUS preconizarem a integralidade e a humanização do cuidado, na prática, o sistema representa um modelo em construção, que enfrenta desafios na gestão operacional e de recursos humanos. A sobrecarga de atendimentos, a escassez de apoio humano e de recursos físicos, bem como o excesso de formalização constituem, nesse contexto, sérios obstáculos para a transformação do paciente em usuário na relação com o profissional de saúde e por meio do exercício do seu direito à informação em saúde.

Apesar das lacunas e desafios existentes, o estudo apontou indícios e possibilidades de mudança para a construção conjunta de relações mais democráticas, em que o usuário, como sujeito, exerce direitos, mas, também, tem consciência de suas obrigações como cidadão, especialmente no que diz respeito à sua relação com o profissional e o serviço de saúde.

Destaca-se, como limitação da pesquisa, a impossibilidade de generalização dos dados, já que o estudo foi realizado em apenas uma UBDS da cidade de Ribeirão Preto. Nesse sentido, sugere-se o desenvolvimento de investigações que abordem o exercício do direito à informação em saúde em outros serviços de saúde e em outras regiões do país. Propõe-se, também, como sugestão ao final desta pesquisa, que se estabeleçam políticas públicas de educação e esclarecimento da população sobre o seu direito à informação, bem como na formação de mediadores desta informação, com o intuito de possibilitar o acesso à informação sobre os seus direitos como usuários do serviço público de saúde. O acesso se configura, dessa forma, como pré-condição para o empoderamento do usuário, oferecendo-lhe a possibilidade de se tornar um real usuário, consciente de seus direitos e deveres relacionados à sua saúde.

Colaboradores

Renata Antunes Figueiredo Leite trabalhou na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, e redação do texto; Emanuele Seicenti de Brito trabalhou na coleta, transcrição e interpretação dos dados, redação e edição final do artigo; Laís Mara Caetano da Silva trabalhou na redação e edição final; Pedro Fredemir Palha trabalhou na revisão crítica, e Carla Aparecida Arena Ventura trabalhou na concepção, delineamento e revisão crítica do manuscrito.

Referências

1. Aith F. Curso de Direito Sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin; 2007.

2. Campos GWS. Saúde Pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e prática. Soc Cult. 2000; 5(2):210-30.

3. Viegas SMF, Penna CMM. A integralidade no trabalho da equipe saúde da família. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2013; 17(1):133-41.

4. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS, Abrasco; 2001. p. 113-26.

5. Valentim MLP, organizador. Gestão da informação e do conhecimento no âmbito da ciência da informação. São Paulo: Polis; 2008.

6. Coelho LCD, Rodrigues RAP, Marcon SS, Lunardi VL. Conflitos éticos na revelação de informações – parte II. Cienc Cuid Saude. 2008; 7(1):73-82.

7. Almeida Júnior OF. Mediação da informação e múltiplas linguagens. Pesqui Bras Cienc Inf. 2009; 2(1):89-103.

8. Gatto Junior JR, Santos AS, Freitas IM, Benetti KFG, Russo TMS, Brito ES, et al. O Direito Humano à Saúde no Brasil e a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Braz J For Sci Med Law Bioeth. 2012; 2(1):53-71.

9. Schermerhorn JR, Hunt JG, Osborn RN. Fundamentos do comportamento organizacional. 2a ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

10. Batista KT, Caldas KR, Portillo JAC. Integralidade da saúde: significado e situação atual. Com Cienc Saude. 2009; 20(1):9-16.

11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Estabelecimento de Saúde do município: Ribeirão Preto [Internet] [acesso 2013 Maio 26]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=35&VCodMunicipio=354340&NomeEstado=SAO%20PAULO

12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.

13. Fowler DJ, Sá AC. Humanização nos cuidados de pacientes com doenças crônico-degenerativas. Mundo Saude. 2009; 33(2):225-30.

14. Chaves PL, Costa VTC, Lunardi VL. A enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados. Texto Contexto Enferm. 2005; 14(1):38-43.

15. Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(1):154-60.

16. Freitas CASL, Fernandes AT, Chagas MIO, Soares CHA, Silva MJ, Brito MCC. O princípio da integralidade na perspectiva dos coordenadores de um sistema de saúde no interior do Ceará. Cad Saude Colet. 2010; 18(4):494-9.

17. Gomes AMA, Sampaio JJC, Carvalho MGB, Nations MK, Alves MSCF. Código dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa. Interface (Botucatu). 2008; 12(27):773-82.

18. Ferraz OLM. Questionamentos judiciais e a proteção contra o paciente: um sofisma a ser corrigido pelo gerenciamento de riscos. Bioética [Internet]. 1997; 5(1) [acesso 2010 Maio 20]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v5/questiona.html

19. Barros VL, Fortes PAC. A informação esclarecedora e o consentimento esclarecido: um desafio ao Programa de Saúde da Família na garantia dos direitos do paciente. Mundo Saude. 2003; 27(2):281-91.

20. Veloso RC, Spindola T. A percepção do cliente hospitalizado acerca de seus direitos e deveres. Rev Enferm UERJ. 2005; 13(1):38-43.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. v. 2, Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2010 [acesso 2013 Maio 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf

22. Spiri WC, Berti HW, Pereira, MLD. Os princípios bioéticos e os direitos dos usuários de serviços de saúde. Mundo Saude. 2006; 30(3):448-54.

Leite RAF, Brito ES, Silva LMC, Palha PF, Ventura CAA. Acceso a la información en salud y cuidado total: percepción de los usuarios de un servicio público. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):661-71.

Con la intención de identificar la percepción de usuarios de un servicio de salud sobre el derecho a la información e integralidad del cuidado, fue desenvolvida una investigación cualitativa exploratoria con orientación analítico-descriptiva cuyo eje teórico fue el derecho a la salud y el acceso a la información y a la integralidad del cuidado. Se construyeron las categorías: dificultades para concreción del cuidado humanizado de la salud en una unidad básica; despersonalización de la relación profesional/usuario; brechas en la infraestructura física y humana del servicio y relación interpersonal entre los actores del proceso de cuidar. El acceso a la información se constituye como aspecto central para la promoción del cuidado total de la salud. Para conseguir ese intento es importante sensibilizar al equipo en relación a la importancia del empoderamiento del usuario, para convertirlo en protagonista del cuidado y tenerlo como aliado en ese proceso.

Palabras clave: Derecho a la salud. Acceso a la información. Asistencia total a la salud. Humanización de la asistencia. Salud pública.

Recebido em 29/07/13. Aprovado em 27/08/14.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0049

Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales:
notas sobre el estado de situación en Argentina

Josefina Leonor Brown[a]
Mario Pecheny[b]
María Cecilia Tamburrino[c]
Leandro Luciani Conde[d]
Gabriela Viviana Perrotta[e]
Alejandro Capriati[f]
Ana María Andia[g]
Silvia Mario[h]
Inés Ibarlucia[i]

Brown JL, Pecheny M, Tamburrino MC, Conde LL, Perrotta GV, Capriati A, et al. Gynecological care among lesbians and bisexual women: notes on the situation in Argentina. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):673-84.

This paper presents results from a qualitative study on emerging issues within sexual and reproductive health, in which the aim was to describe the experiences of non-heterosexual women in relation to sexual and reproductive healthcare services. The objective was to identify and analyze perceptions of obstacles and facilitators of access to healthcare services. Eighteen semi-directed interviews were conducted with non-heterosexual women. The main result was that the specific obstacle to access to sexual and reproductive healthcare among these non-heterosexual women derived from a "logic of invisibility" among this population as gynecological patients, which resulted in anticipated discrimination (sensed discrimination) within a homo/lesbophobic context; absence of theoretical production and practical interventions regarding health and sex between women; and invisibility of lesbians and bisexuals as a group.

Keywords: Sexuality. Reproduction. Reproductive Health Services. Bisexuality. Female homosexuality.

El artículo resume algunos resultados de la investigación sobre "Salud sexual y reproductiva: problemas emergentes", cuyo objetivo fue describir las experiencias de mujeres no heterosexuales, en sus vínculos con los servicios de salud sexual y reproductiva, buscando identificar y analizar cuáles son los factores percibidos como obstaculizadores o facilitadores para su acceso. Partiendo de una estrategia cualitativa se realizaron 18 entrevistas semi-estructuradas a mujeres no heterosexuales. Como resultado encontramos que el mayor obstáculo para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de mujeres no heterosexuales estriba en las "lógicas de invisibilización" que se traduce en la discriminación sentida en el marco de un contexto homo/lesbofóbico, la falta de producción teórica y la ausencia de preocupación práctica sobre relaciones sexuales entre mujeres y la invisibilidad de las lesbianas y bisexuales como colectivo.

Palabras clave: Sexualidad. Reproducción. Servicio de salud sexual y reproductiva. Bisexualidad. Homosexualidad femenina.

[a,b,f] Instituto de Investigaciones Gino Germani, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET), Universidad de Buenos Aires. Uriburu 950, 6to piso, oficina 3 (1114). Buenos Aires, Argentina. josefinabrown@conicet.gov.ar; pecheny.mario@gmail.com; acapriati@sociales.uba.ar

[c,h,i] Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Buenos Aires, Argentina. cecilia.tamburrino@gmail.com; silviamario@gmail.com; ine_ibarlucia@yahoo.com.ar

[d] Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina. llucianiconde@unla.edu.ar

[e] Área clínica y Área social comunitaria, Facultad de Psicología, UBA. Buenos Aires, Argentina. gabrielaperrotta@gmail.com

[g] Subsecretaría de Gestión de Salud, Ministerio de Salud. Mendoza, Argentina. anamaandia@yahoo.com.ar

Introducción

En Argentina, los programas de salud sexual y procreación responsable enfatizan, en sus políticas, el aspecto reproductivo de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos[1]. La presunción de heterosexualidad reproductiva hace de las mujeres heterosexuales en edad reproductiva las principales destinatarias de esas políticas que marginaliza a varones heterosexuales o no, por un lado y a personas no heterosexuales (mujeres y trans), por otro. En ese contexto, existe escaso conocimiento de cuál es el grado de atención o no de lesbianas y bisexuales en el sistema de salud y, menos aún, en lo referido a los servicios de ginecología y obstetricia. A cubrir ese vacío se abocó la investigación "Salud sexual y reproductiva: problemas emergentes", parte de cuyos resultados presentamos aquí[2]. El objetivo fue describir las experiencias de mujeres no heterosexuales -lesbianas y bisexuales-, en sus vínculos con los servicios de salud sexual y (no) reproductiva, buscando identificar y analizar cuáles son los factores percibidos como obstaculizadores o facilitadores para su acceso.

Hipótesis de trabajo

Además del heterosexismo naturalizado y de la desigualdad intrínseca a la relación médico/a – paciente es posible localizar como uno de los mayores obstáculos en el acceso a servicios de ginecología y obstetricia la discriminación sentida en el marco de un contexto homo/lesbofóbico, la falta de producción teórica y la ausencia de preocupación práctica sobre relaciones sexuales entre mujeres y la invisibilidad de las lesbianas y bisexuales como colectivo. Resumimos esas variables bajo el término políticas o lógicas de invisibilización[3-5]): aquellas que niegan u ocultan a las mujeres no heterosexuales y determinadas prácticas sexuales que suelen corresponderles mayoritariamente aunque no exclusivamente (considerando que no hay una adecuación bis a bis entre prácticas sexuales e identidad sexual). La invisibilidad del colectivo lésbico está siendo creciente problematizada no sólo en el ámbito social más amplio sino incluso dentro mismo del colectivo de la diversidad sexual. Tal cuestionamiento puede apreciarse en la revisión que realizara[6] en la que, a pesar de la declaración sobre una realización del estado el arte de la salud de bisexuales, lesbianas y homosexuales, prácticamente no aparece nada específico de la población lesbiana y menos aún de su salud ginecológica. Por ello es que diversos estudios han comenzado a realizarse en la última década en Latinoamérica en general y Argentina en particular para visibilizar su existencia, temas y problemas como lo muestran recientes investigaciones[5-9].

Estas políticas de la invisibilidad homoérotica femenina juegan un papel central en el marco concreto de la consulta ginecológica derivando en una inadecuada atención sobre necesidades de las mujeres (cualquiera sea su orientación sexual) que excedan la sexualidad coitocéntrica heterosexista reproductiva en el marco de parejas monogámicas tal como fuera denunciado en diversas oportunidades por activistas. La denuncia sobre la deficiente atención ginecológica de lesbianas y bisexuales fue compilada en una edición que recoge algunos datos no sistemáticos de las experiencias de lesbianas con los servicios de salud en Argentina y a partir de ello propone que "Cambiemos las preguntas"[10].

Algunas nociones clave: precisiones

Entendemos por accesibilidad a las condiciones materiales y simbólicas que facilitan u obstaculizan el acceso a prácticas saludables y servicios de salud, de sujetos individuales y colectivos, reconociendo su diversidad en términos cognitivos, valorativos y de recursos derivados de diferencias socio-económicas, sexuales, etarias, educativas y geográficas. Las condiciones materiales y simbólicas se traducen en factores subjetivos y objetivos de accesibilidad, cuya operacionalización requiere focalizarse en dimensiones propias del sistema de salud u otras que lo exceden. En particular, por tratarse de una investigación en salud sexual y reproductiva, las dimensiones interrogadas incluyen aspectos relativos al vínculo entre salud, sexualidad, género y reproducción.

Nos referiremos a lesbianas y bisexuales respetando la autonominación de las entrevistadas. Se trata de mujeres no heterosexuales que construyen sus prácticas sexuales, eróticas, amorosas y/o afectivas en relación con otras mujeres – sea o no de modo exclusivo – e incluya o no una identidad como lesbiana, mujer bisexual u otra identidad. A los efectos de este proyecto, se trata de mujeres "biológicas", es decir que no incluye a quienes se identifican como mujeres habiendo transitado un proceso de identidad "trans" (travesti, transgénero).

Metodología

Las poblaciones mujeres – lesbianas y bisexuales- fueron contactadas a partir de una definición muestral según criterios de muestreo teórico y factibilidad, en tres áreas urbanas del país (Ciudad de Buenos Aires, Gran Buenos Aires y Mendoza).

Dada la especificidad de la temática, la escasez de investigaciones previas y el tiempo y presupuesto establecidos para su desarrollo, se trató de un diseño de tipo exploratorio-descriptivo. Se priorizó el estudio de las variables en relación con la especificidad de los casos. Es decir, no se profundizó el estudio de variables más generales sobre accesibilidad al sistema de salud ni sobre accesibilidad a la salud sexual y reproductiva. Se tomaron principalmente en cuenta pues los aspectos específicos de la interrogación que guío la investigación. Se siguió un criterio de muestreo teórico determinado a su vez por la factibilidad de contacto de entrevistadas.

La muestra está compuesta de 18 mujeres. Doce de ellas viven en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y las otras 6 residen en la Ciudad de Mendoza. De las que residen en AMBA, seis se nombran a sí mismas como lesbianas, una como gay y las otras cinco como bisexuales. Mientras que en Mendoza el total se autodenominó lesbiana.

La edad de las entrevistadas va de los 21 a los 33 años, con la excepción de una de ellas que tiene 44 años; es decir, se trata de jóvenes adultas, todas ellas en edad reproductiva.

En cuanto al nivel educativo, la mayor parte de ellas tiene como nivel educativo máximo el universitario incompleto (16 sobre 18). Las dos restantes, una tiene nivel terciario completo y la otra, un posgrado finalizado.

La mayor parte de las entrevistadas cuenta con obra social o prepaga propia, de la pareja o de los padres. Tres casos usan el sistema público de atención sanitaria.

En relación con el nivel de empleo, cuatro de las entrevistadas se encuentran desempleadas; una es estudiante exclusiva, otra depende económicamente de su pareja y otra trabaja en condiciones de precariedad. Las once restantes trabajan en empleos estatales, empleos privados en relación de dependencia o de manera independiente.

En cuanto a la relación de pareja, doce de las entrevistadas están casadas (post-ley de matrimonio igualitario[i]), conviviendo, de novias o en parejas estables con mujeres. Dos están en parejas estables con varones; dos "están saliendo" con un varón de manera informal, y dos no tienen pareja.

La mayor parte de las entrevistadas se identifican como lesbianas y la mayoría se encuentra en pareja: esas dos características coinciden con los datos de la encuesta realizada en la marcha del Orgullo en Buenos Aires en 2005. De acuerdo con los resultados de dicha encuesta, las lesbianas manifiestan encontrarse en pareja en mayor proporción que las otras categorías sexuales no heterosexuales relevadas (gays y travestis)[11].

[i] La ley de matrimonio igualitario fue sancionada en julio de 2010.

Se trata de un estudio cualitativo, por lo cual no se apunta a relaciones causales y/o estadísticamente significativas, sino significativas en términos de los sentidos socialmente construidos.

Para responder a los objetivos y preguntas de la investigación, el instrumento de recolección de datos fue la entrevista semi-estructurada, basada en una guía de preguntas y temas, sobre la cual se elaboró un manual de códigos (siguiendo los ejes temáticos de la guía y otros emergentes del análisis). Para procesar el corpus de entrevistas se utilizó una grilla de análisis o sistematización.

Con el fin de acceder a la red de significaciones y discursos de las mujeres protagonistas que permitiera comprender los factores que obstaculizan o facilitan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres lesbianas y bisexuales, se hicieron entrevistas semi-estructuradas a mujeres lesbianas y bisexuales en edad reproductiva, así como a profesionales de la salud involucrados con la temática objeto de la investigación.

El análisis de los datos correspondientes al corpus constituido por las entrevistas realizadas en el marco de este estudio, se realizó según enfoques procedimentales[12,13], que incluyeron: a) tareas de reducción de datos; b) disposición y transformación de los datos; y c) extracción/verificación de resultados. El procesamiento de estos datos cualitativos se llevó a cabo de manera manual.

a) Reducción de datos.

Las actividades a través de las cuales se llevó a cabo la reducción de los datos fueron:

a1. Separación en unidades: los segmentos o unidades de interés dentro del conjunto global de datos se diferenciaron según criterios gramaticales. Se trabajó con párrafos como "unidades de contexto", en tanto que las "unidades de registro" quedaron constituidas por aquellos contenidos específicos que se ubican en las categorías empleadas.

a2. Identificación y clasificación de unidades: las tareas de categorización y codificación se realizaron según procedimientos mixtos inductivo-deductivos, puesto que algunas categorías fueron definidas a priori en función del "proyecto anticipatorio", y otras emergieron a partir del trabajo de interpretación.

a3. Síntesis y agrupamiento: las distintas unidades fueron organizadas en función de los temas conceptuales que las representan y en relación al sistema de categorías empleado[14]. El sistema de categorías se construyó teniendo en cuenta los siguientes criterios: exhaustividad, exclusión mutua (para las unidades de contexto), principio clasificatorio único, significatividad y replicabilidad.

b) Disposición y transformación de los datos:

Se confeccionaron matrices de datos mediante los cuales se dispusieron y organizaron los datos con la finalidad de favorecer el trabajo interpretativo.

c) Extracción, verificación de resultados:

A partir de la matriz de análisis mencionada en el punto anterior, se fueron elaborando los resultados y conclusiones.

Los resultados presentados expresan las opiniones y valoraciones de las mujeres y de los profesionales y referentes de Programa entrevistadas/os, y no pueden ser generalizadas sin mediaciones al conjunto de ninguna población.

En la realización de la investigación se respetaron las normas éticas establecidas: todos los nombres de las entrevistadas y entrevistados, así como cualquier otro dato que pudiera identificarlos, fueron modificados para preservar la confidencialidad de datos sensibles. Asimismo antes de realizar las entrevistas se informó sobre el objeto de estudio, la confidencialidad y el uso posterior de los datos y se elaboró un consentimiento informado.

Resultados

La atención ginecológica en mujeres

En consonancia con los datos arrojados por una investigación previa, en las mujeres que entrevistamos una serie de variables (el ser jóvenes adultas, sanas, educadas, con buena cobertura de salud, residentes en grandes centros urbanos, etcétera) haría de ellas, las candidatas a una excelente

accesibilidad en relación con los servicios de salud sexual y reproductiva[15]. Si para el caso de las heterosexuales los puntos límites que permiten ver más claramente obstaculizadores y facilitadores en el acceso a la atención ginecológica tienen que ver con la maternidad o el aborto, aquí el contrapunto está dado por la orientación sexual de las entrevistadas. Corroborando aquellos hallazgos así como otros algunas investigaciones latinoamericanas[16] también aquí encontramos la consulta ginecológica es pensada en términos de obligaciones femeninas básicas, como si viniera de suyo con el cuerpo que se porta que a una edad, la de "hacerse adulta" (vía menarca o relación sexual) hubiera que "controlarse". Un control vinculado con la creciente medicalización y vigilancia de los cuerpos femeninos ligado a su vez a la idea de salud sexual y reproductiva, al menos tal y como se traduce en la legislación y las políticas públicas: es decir, la salud sexual es pensada en términos de *planificación familiar.* Se enfatiza el aspecto reproductivo y los cuidados necesarios del cuerpo femenino y su aparato génito mamario; y, en esa línea la ginecología apunta a proveer anticoncepción para que la maternidad llegue en el momento que el saber experto considera más apropiado así como para permitir los espaciamientos *adecuados* de los embarazos[1,17].

La atención sexual y reproductiva de lesbianas y bisexuales

Entre las entrevistadas distinguimos dos grupos: mujeres que asisten regularmente al ginecólogo/a y mujeres que fueron muy pocas veces o nunca. Este último grupo está compuesto de 6 mujeres lo que equivale al 33 % de la muestra y se corresponde con el porcentaje de no asistencia a los servicios de ginecología detectado por estudios previos. De acuerdo con una encuesta realizada en el año 2005 a asistentes a la Marcha del Orgullo Gay en la ciudad de Buenos Aires el 70,3% de las lesbianas y el 71,4% de las mujeres bisexuales dicen asistir por lo menos una vez por año al ginecólogo/a[18]. Las mujeres heterosexuales alcanzan un porcentaje bastante similar 75,3% de asistencia regular. "No tengo relaciones", "no estoy enferma", "me da vagancia", "vergüenza" o sencillamente ausencia de interés fueron los argumentos más frecuentemente mencionados tal como habíamos relevado en la investigación de corte cualitativo para mujeres heterosexuales en 2007[19]. Estos números coinciden a su vez con lo de una investigación italiana sobre salud de lesbianas y gays que encontró que el 27,6% de las mujeres encuestadas (de una muestra de 2.084 mujeres) no se ha realizado nunca un control ginecológico[20].

Sin embargo, existe una distancia entre lo que lesbianas y bisexuales hacen, lo que los estudios cuantitativos describen y la percepción que ellas tienen en relación con las prácticas de cuidado y de atención gineco mamaria de sus pares. Casi todas las entrevistadas aducen que, en general, *las lesbianas no van al ginecólogo* o *van menos que las heterosexuales.* Mencionan parejas, amigas, conversaciones con otras mujeres lesbianas o charlas en foros de Internet como fuentes de información[10]. Esta discordancia entre lo que dicen los pocos datos disponibles y la autopercepción de las mujeres sobre los niveles de atención fortalece la hipótesis de que, en contextos homo/lesbofobias, en los que rigen las lógicas de la invisibilización, uno de los obstáculos más importantes para el acceso a la atención de la salud es la discriminación anticipada o sentida[4,6,21].

Las políticas de la invisibilización y sus lógicas

El alejamiento de la expectativa de la heterosexualidad presupuesta en mujeres jóvenes adultas rompe con los guiones esperados en los contextos de la atención de la salud sexual y reproductiva[5,10]. Y se revela, por ejemplo, en el hecho de que la primera relación homosexual no está asociada a la asistencia a la consulta ginecológica como sí ocurre generalmente en el caso del inicio (su cercanía temporal) de relaciones heterosexuales[19]. De hecho, tres de los principales problemas para el acceso a la salud de mujeres lesbianas y bisexuales se vinculan directamente con el carácter heteronormativo que asume la consulta: a) el ocultamiento de la orientación sexo-afectiva o la gestión del secreto de la homosexualidad[21] y, consecuentemente b) la invisibilidad de las prácticas homoeróticas femeninas así como: c) la deficiente información disponible sumada a mitos y prejuicios difundidos.

De la discriminación por orientación/práctica sexual en los servicios de salud

La discriminación sobre la base de la orientación sexual no heterosexual es una conocida barrera al acceso al sistema de salud. Eso ya ha sido mostrado en investigaciones sobre VIH/sida en su relación con los gays y otros varones con prácticas homosexuales[6,22,23] (confirmar se estas referências estão corretas). De las lesbianas se conoce menos[24,25]. En todo caso, la discriminación no es un fenómeno homogéneo y simple de describir ya que se manifiesta de diversas formas. La discriminación puede ser ejercida directa o indirectamente. Es directa cuando una norma o actitud apuntan directamente a alguna categoría de actos o personas, o cuando distinguen arbitrariamente entre categorías. La discriminación es indirecta cuando una norma o actitud son de apariencia universal, pero sus efectos discriminatorios son sufridos exclusivamente por una categoría determinada de actos o personas[21]. En relación con las lesbianas y mujeres bisexuales, no hay leyes o reglamentaciones que directa y explícitamente las excluyan del sistema de salud. Pero indirectamente la presunción de heterosexualidad opera en ese sentido porque invisibiliza a la vez las prácticas sexuales predominantemente llevadas a cabo por mujeres no heterosexuales así como a ellas mismas inhibiendo en el mismo movimiento la producción y circulación de información sobre ambos tópicos[5,7].

Por otra parte, la discriminación puede ser real o anticipada. Es real cuando es efectivamente ejecutada, mientras que es anticipada cuando la persona, presuponiendo a un rechazo, se auto-discrimina. Cuando esto se reitera en el tiempo, se naturaliza e incluso se oculta en parte este mecanismo. ¿Por qué no se acude a consultas y controles? Porque no, es la respuesta más común.

En materia de homosexualidad, la discriminación es importante bajo su forma indirecta y como discriminación sentida o anticipada. El miedo frente a la hipotética revelación de la homosexualidad opera como una causa eficiente de auto-exclusión y de vergüenza personal. Como se trabajara ampliamente en relación con el VIH, la anticipación de la discriminación puede favorecer los riesgos e impide el acceso a los servicios de salud y sociales así como la continuidad y adherencia a los comportamientos preventivos y eventuales tratamientos[26]. Lo mismo ocurre de acuerdo con investigaciones realizadas en Perú y Brasil en el caso de la atención de salud a lesbianas. Se ha encontrado que una de las causas más mencionadas por las que mujeres lesbianas no concurren a los servicios de ginecología está vinculado con variables como el estigma y la discriminación[27].

La primera consulta. Rutinas heterosexistas

En la primera consulta, la indagatoria de rutina se rige por la presunción heterosexista; es decir, que las mujeres tienen relaciones sexuales exclusivamente con varones y que son exclusivamente coitales vaginales. "[S]e presume que todo el mundo es heterosexual, salvo que declare lo contrario"[10]. Se presume, además, que la sexualidad es exclusivamente genital penetrativa. Dos preguntas clave son formuladas en el primer contacto profesional – paciente: "¿Tenés relaciones sexuales?" y en caso afirmativo se pregunta seguidamente – casi en una línea de continuidad- "¿cómo te cuidas?". El interrogante tiene un referente específico: se asocia a métodos de cuidado anticonceptivo en el marco de relaciones heterosexuales. Por ello, podría ser formulada de la siguiente manera: "¿qué método anticonceptivo usás para cuidarte?" Tal interrogatorio rutinario no se ajusta a las experiencias sexuales de las mujeres que tienen sexo con mujeres. Sus respuestas pueden incomodar si dan paso a la revelación del secreto o, cuando se opta por la negativa, puede molestar a los y las profesionales que, en clave heterosexista reproductiva entienden la respuesta negativa como un deliberado no cuidado anticonceptivo. Difícilmente haya espacio para prácticas sexuales no coitales y mucho menos, que no vinculen a otro varón en el imaginario relacional.

La revelación y la elección del/a profesional

Para lesbianas y bisexuales, la consulta ginecológica, como cualquier otro encuentro con alguien extraño, implica confrontar el *coming out.* Cada nuevo encuentro es una reactualización de la pregunta acerca del modo cómo se gestiona el secreto o si puede revelarse[21]. Para algunas mujeres, el proceso de "blanquear" su orientación sexual frente a e/la médico/a no representa mayores problemas. Aun más, resaltan que la mayor incomodidad es la que experimenta e/la médico/a, que no espera encontrarse frente a una mujer lesbiana o bisexual en el marco de la consulta. No obstante, ir al/a ginecólogo/a y "blanquear" la orientación sexual homosexual puede implicar un esfuerzo, subjetivo y emocional, se esté visibilizada o no, ya que se inscribe en el contexto de una sociedad hegemónicamente heterosexual en el marco de la cual las prácticas sexuales y afectivas homoeróticas aun cuando puedan ser toleradas no son reconocidas[21] y se hallan fuertemente invisibilizadas[27,28]. Por otro lado, el *coming out* es un proceso que se actualiza constantemente; por ende, ante cada profesional se evalúa, se piensa, y se decide hacerlo o no: depende de lo que el profesional transmita, de cuán visibilizada esté la mujer, de cómo llegó al profesional o de los vínculos de éste con otros espacios como el trabajo o la familia.

Pero además, en el caso de la consulta ginecológica, el proceso de visibilidad/ invisibilidad se encuentra condicionado por la autoridad y la desigualdad entre personal médico y pacientes, algo que resulta complicado incluso en el caso de mujeres que encarnan la norma heterosexual[16,29]. Esto se observa particularmente cuando el profesional es un varón ya que en esos casos las dificultades para informar la orientación homosexual son mayores según revelan nuestras entrevistadas. Y, como si se tratara de un medio para superar o disminuir la desigualdad en el vínculo, la amplia mayoría de las mujeres prefiere una ginecóloga mujer. Esos datos contrastan con lo hallado el caso de la investigación con mujeres heterosexuales exclusivamente a quienes les resultaba indistinto el sexo del/a profesional[15].

Porque se sienten más cómodas entre mujeres, porque no les gustan los varones, porque buscan una relación de "pares" o un vínculo de confianza, o porque buscan protección, cuidado y contención: son los motivos que las llevan a preferir otra mujer como profesional ginecológico. El varón genera incomodidad, rechazo, miedo, vergüenza, pudor. Aún más, la consulta ginecológica es percibida en este caso por las entrevistadas como un espacio de mujeres porque a pesar de la pretensión de abstracción con la que se consideran los cuerpos (y las personas) en las consultas médicas, se trata siempre de cuerpos sexuados, tanto de parte de las pacientes como de los y las profesionales[19].

El hecho de ser mujer se privilegió sobre el hecho de compartir la orientación sexual – afectiva, probablemente porque aquello mismo que hace posible mantenerla en secreto: su no evidencia externa. Es más sencillo saber si es varón o mujer que si es o no lesbiana o bisexual, ya que, la orientación sexual puede ser manejada en función del secreto y no así la dimensión sexo genérica de las personas[21]. Sin embargo, elegir una ginecóloga mujer no implica revelar la orientación sexual homosexual ya que son pocas quienes afirman haber revelado su identidad homosexual como ha sido anotado en otras investigaciones mostrando las dificultades en la atención que tiene este grupo de mujeres[27]. Para las entrevistadas su sexo-género no es igual a sus prácticas sexuales tal como ha sido señalado en varias oportunidades[30-32]. Y, en consonancia con otras investigaciones[33,34], las pacientes ginecológicas no suelen hablar sobre su sexualidad en el ámbito de la consulta y procuran jugar al juego propuesto que implica cierto distanciamiento erótico – afectivo entre paciente y profesional, limitándose a dialogar sobre temas que parecen competirle sólo a su cuerpo biológico (asuntos de cuidado, dolencias particulares) y sobre los que la ginecología tiene saber, como si fuera posible separar y escindir sexo, sexualidad y género[32]. No obstante, en el caso de las mujeres no heterosexuales

esto funciona como un arma de doble filo porque en el marco de una sociedad hegemónicamente heterosexual que restringe la noción de sexo a la penetración coital vaginal tanto las prácticas como las identidades no hegemónicas (mucho más aún en el caso de las mujeres) quedan fuera de la visibilidad social y también biomédica. De modo que, este *no decir* sobre las prácticas sexuales no heterosexuales en las consultas regulares contribuye a reproducir – al tiempo que ilustra – la invisibilidad de la homosexualidad femenina: las mujeres lesbianas – o que desarrollan prácticas sexuales homoeróticas – pueden ir regularmente al ginecólogo pero sus prácticas permanecen invisibles.

La invisibilidad del sexo entre mujeres

Permeado por los estereotipos falocéntricos que vinculan el sexo con la penetración del pene, subyace la idea que las lesbianas no tienen sexo. Por ende, no se requieren cuidados sexuales ya que en las culturas heterosexistas reproductivas éstos sólo son pensados en términos coitales. La asociación entre el sexo entre mujeres y las prácticas de cuidado va por la negativa: si se tienen relaciones sexuales con mujeres no es necesario cuidarse. Sin embargo, el no cuidado y el tener sexo con mujeres no son lo mismo: las mujeres que tienen sexo con mujeres pueden implementar – y es aconsejable que lo hagan – prácticas de cuidado (Meinerz, 2005). Son prácticas de cuidado entre mujeres lavarse las manos, protegerlas de heridas, tomar recaudos para la penetración manual o con objetos o, bien para practicar el sexo oral. Asimismo, aún cuando en otro orden, se encuentran los controles ginecológicos[27].

La idea acerca de la innecesariedad de cuidados en las prácticas sexuales entre mujeres no es privativa de la cultura heterosexual. Lesbianas y bisexuales suelen compartir este prejuicio que funciona como una importante barrera para el acceso a la salud para esta población así como también ocurre con los casos de mujeres no iniciadas sexualmente, o las mujeres con voto de castidad.

La invisibilidad lésbica a través de la ausencia de saber

Otro de los obstáculos documentados – y que se suceden sólo luego que la mujer *salga del clóset* frente al profesional y por ende sólo en tales casos – es que la información sobre la no heterosexualidad de la paciente no ocasiona ningún tipo de intervención, consejo, información o cuidados particulares porque, como señala[8], las lesbianas han sido invisibilizadas en la mayoría de los campos de saber hasta no hace mucho. Decirlo puede o no generar cierta incomodidad inicial pero esto no afectaría en lo sustancial el vínculo asistencial y terapéutico ya que aún en los casos de profesionales abiertos, prima la ausencia de información clara y pertinente para darle a las personas cuyas prácticas sexuales se efectúan fuera del patrón erótico hegemónico. Quizás el silencio sea uno de los principales problemas en el vínculo asistencial. No la discriminación explícita, el rechazo a la atención o los malos tratos, sino el silencio. No tener nada para decir por no haber sido capacitado/a en el tema, por no saber cómo reaccionar, por no saber cómo resolver o qué decir. Es el silencio del desconocimiento, de no tener información para ofrecer o espacio para alojar[28,34].

Frente al silencio y la invisibilización que supone y reproduce, otras, unas pocas mujeres, reivindican algo semejante a una actitud militante: es preciso decir que se tienen prácticas homosexuales, es preciso que la lesbiana se muestra en escena, se visibilice. La visibilización en este caso no vincula tanto con la intención de recibir una mejor o más adecuada atención o por la calidad del acto asistencial sino como un modo para hacer presente el lesbianismo en el marco de la consulta y provocar que el médico "aprenda", *amplíe su conocimiento*, o hacer un "cortocircuito en esa normalidad".

Conclusiones abiertas

La heteronormatividad y su presunción, la desigualdad de género y la asimetría médico/a-paciente podrían actuar como barreras a la revelación de la homosexualidad en el ámbito de la consulta. Del mismo modo, la invisibilidad de las prácticas homoeróticas femeninas podría contribuir a mantener este carácter secreto, íntimo y silenciado. Sin embargo, los datos analizados también muestran que para las entrevistadas se presenta como innecesario comunicar su orientación sexual: "No hay necesidad de decirlo" "no me parecía que me pudiera resolver o aportar nada" "no tiene nada que ver", "no me parece que aporte nada ni a él ni a mí".

Se da una especie de división de la mujer entre su cuerpo biológico y su sexualidad lo que daría una invisibilidad de su identidad sexual; es decir, se peformaría su ser mujer como independiente de su ser sexual – heterosexual, lesbiana o bisexual. Así, no sería necesario revelar las prácticas sexuales porque éstas no modifican ni la morfología, ni la fisiología ni la biología corporal que es el objeto de la atención médica ginecológica. El cuerpo biológico de la mujer estaría separado de sus prácticas sexuales, eróticas afectivas – todas ellas sociales. Pero no es mera biología lo que se atiende en una consulta ginecológica, aunque se cuiden, curen o controlen los cuerpos de las mujeres. El cuerpo de la mujer que se presenta y se atiende en las consultas ginecológicas es un cuerpo heterosexual. Con necesidades de cuidado y salud de prácticas sexuales heterosexuales, con información, resguardos y asesoramiento de prácticas heterosexuales – aun cuando no se hable de sexualidad en la consulta.

De lo anterior se desprende que es necesario visibilizar la no heterosexualidad femenina en el campo social en general y en particular en el médico porque no hay cuerpo sin sexo-género ni sexo-género sin soporte material – cuerpo, en este caso. Aún más, es necesario poner en circulación las múltiples prácticas sexuales que pueden tener lugar entre dos personas independientemente de su sexo y orientación sexual y sus correspondientes cuidados a la hora de practicarlos, ya que el sexo oral o la penetración con objetos, por ejemplo, no son privativas de las personas no heterosexuales. Finalmente, probablemente, sea mucho más productivo enfocar las políticas hacia el conjunto de prácticas sexuales posibles independientemente de la identidad sexual de las personas para evitar exclusiones o discriminaciones innecesarias.

Colaboradores

Las y los autores trabajaron juntos en todas las partes del manuscrito.

Referencias

1. Brown J. Mujeres y ciudadanía en Argentina: debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales (1990-2006). Buenos Aires: Teseo; 2013.

2. Pecheny M, Tamburrino C, Mario S, Luciano Conde L, Capriati A, Brown J, et al. Informe Salud Investiga: salud sexual y reproductiva: problemas emergentes. Buenos Aires: Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación; 2011.

3. Epele M. Etnografía, fragmentación social y drogas: hacia una política de las miradas. Etnogr Contemp. 2007; 3(3):117-43.

4. Careaga G, Pessah M. La experiencia lésbica, la sexualidad y la salud [Entrevista de Ciudadanía Sexual] [acceso 2013 Dic 8]. Bol Ciud Sexual. 2005; 16(2). Disponible en: http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b16/articulos.htm#3

5. Vergara Sánchez PK. El viaje de las invisibles. Manifestaciones del Régimen Heterosexual en experiencias de mujeres lesbianas en consultas ginecológicas [tesis]. México (DF): Universidad Autónoma Metropolitana; 2013.

6. Ortíz Hernández L. Revisión crítica de los estudios que han analizado los problemas de salud de bisexuales, lesbianas y homosexuales. Salud Problema. 2004; 16(9):19-39.

7. Figari C, Gemetro F. Escritas en el silencio: mujeres que deseaban a otras mujeres en la Argentina del siglo XX. Sexual Salud Soc. 2009; 3:33-53.

8. Gemetro F. Figuraciones lésbicas en las primeras producciones de las ciencias sociales. In: 8a Reunión de Antropología del Mercosur - Diversidad y poder en América Latina; 2009; Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: RAM; 2009.

9. Fuskova I, Schmid S, Marek C. Amor de mujeres. El lesbianismo en la Argentina, hoy. Buenos Aires: Planeta; 1994.

10. Espartiles. Cambiemos las preguntas: campaña nacional por una atención digna de las lesbianas y mujeres bisexuales en los sistemas de salud [Internet] 2006 [acceso 2013 Jul 30]. Disponible en: http://www.clam.org.br/pdf/cambiemos.pdf

11. Ariza L, Schwartz P. Relaciones amorosas y parentalidad en población GLTTBI. In: Jones D, Libson M, Hiller R, editores. Sexualidades, política y violencia: Marcha del Orgullo GLTTBI Buenos Aires 2005. Buenos Aires: Antropofagia; 2006. p. 51-63.

12. Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jimenez E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Ediciones Aljibe; 1996.

13. Huberman A, Miles M. Data management and analysis methods. In: Denzin N, Lincoln Y, editors. Handbook of qualitative research. London: Sage; 1994. p. 769-802.

14. Luciani Conde L, Barcala A. Niñez en condiciones de desamparo y acceso a la salud en Ciudad de Buenos Aires. In: 15o Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología; 2007; Buenos Aires. Buenos Aires; 2007. p. 89-116.

15. Brown J, Tamburrino C, Pecheny M. Salud Sexual y reproductiva: la noción de autonomía de las mujeres puesta en cuestión. El aborto y otras situaciones sensibles. In: Actas de las IV Jornadas de Investigación en Antropología Social; 2006; Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: Instituto de Antropología Social-FFyL – UBA; 2006.

16. Carvalho ML, Furegato, AR. Exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde [Internet]. Rev Eletr Enfedrm. 2001; 3(1) [acceso 2013 Ago 8]. Disponible en: http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/698

17. Ehrenreich B, English D. Brujas, comadronas y enfermeras: historia de las sanadoras - dolencia y trastornos: política sexual de la enfermedad. Barcelona: Ediciones La Sal; 1988.

18. Brown J. Salud ginecológica. In: Jones D, Libson M, Hiller R, editores. Sexualidades, política y violencia: Marcha del Orgullo GLTTBI, Buenos Aires; 2005. Buenos Aires: Antropofagia; 2006. p. 93-102.

19. Brown J, Gattoni S, Tamburrino C, Pecheny M. La primera experiencia es la que cuenta: notas sobre la trayectoria de pacientes ginecológicas. In: Actas del 26o Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara; México; 2007. Guadalajara: ALAS; 2007. p. 1-17.

20. Arcigay. Survey nazionale su stato di salute, comportamenti protettivi e percezione del rischio HIV nella popolazione omo-bisessuale. Bologna: Associazione Lesbica e Gay Italiana; 2006.

21. Pecheny M. Identidades discretas. In: Arfuch L, compilador. Identidades, sujetos y subjetividades: narrativas de la diferencia. Buenos Aires: Prometeo; 2002. p. 5-17.

22. Parker R, Aggleton P. HIV and Aids-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. Rio de Janeiro: ABIA; 2002.

23. Manzelli H, Pecheny M. HIV/Aids prevention in men who have sex with men. In: Cáceres C, Pecheny M, Terto Junior V, editors. Aids and male-to-male sex in Latin America: vulnerabilities, strengths and proposed measures – perspectives and reflections from the point of view of public health, social sciences and activism. Lima: UPCH/UNAIDS; 2003. p. 156-82.

24. Guimaraes CD. "Mas eu conheço ele!" Um método de prevenção do HIV/ Aids. In: Parker R, Galvao J, organizadores. Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1996. p. 169-79.

25. Arendt ED. The politics of invisibility: HIV-positive women who have sex with women and their struggle for support. Int J Assoc Nurses AIDS Care. 2003; 14(6):37-47.

26. Pecheny M, Manzelli H. Estudio nacional sobre la Situación social de las personas viviendo con VIH en la Argentina. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2008.

27. Galarreta ME. [Internet] La salud de las lesbianas: apuntes desde la experiencia de atención. In: Boletín Ciudadanía Sexual. Lima: Ciudadanía sexual; 2005 [acceso 2014 Jun 14]. Disponible en: http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b16/articulos.htm#3

28. Faccini R. [Internet] Mujeres, homosexualidades y salud: visibilizando demandas e caminos. In: Boletín Ciudadanía Sexual. Lima: Ciudadanía sexual; 2005 [acceso 2014 Jun 14]. Disponible en: http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b16/articulos.htm#3

29. Pecheny M, Alonso JP, Brown JL, Capriati A, Mantilla J, Gattoni S, et al. La ciudadanización de la salud: derechos y responsabilidades en salud sexual-reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados paliativos. In: López E, Pantelides E, compiladoras. Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva. Buenos Aires: CENEP-CEDES-AEPA-UNFPA; 2006. p. 64-79.

30. Viñuales O. Cadena simbólica: relación entre sexo, género, prácticas sexuales y orientación sexual [Internet]; 2008 [acceso 2011 Mayo 7] Disponible en: http://api.ning.com/files/IC84NzWyG7m0aBNzPkGWrtkVZ4glNlVva24SiCbMW4*TO9LxpXKihGxcBqnkXH2w*T4qL-pkOyMYVunxg0BWeSHyWPG1keR*/OlgaViualesCADENASIMBLICAUimp2008.pdf

31. Viñuales O. [Internet] Poder y deseo: relaciones de dominación y sumisión. 2008 [acceso 2011 Mayo 7]. Disponible en: http://www.amicsgais.org/html/articles/poder_y_deseo.html

32. Butler J. Cuerpos que importan: sobre los límites materiales del sexo. Buenos Aires: Paidós; 2006.

33. Galansinski D, Ziólkowska J. Gender and the gynecological examination: women's identities in doctors' narratives. Qual Health Res. 2007; 17(4):477-88.

34. Gattoni S, Brown J, Tamburrino C, Pecheny, M. ¿La primera experiencia es la que cuenta? Notas sobre la trayectoria de pacientes ginecológicas. In: Actas de VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población; 2007; Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA; 2007. p. 18.

35. Barbosa R, Faccini R. Saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. São Paulo: Fundación Ford, UNFPA; 2006.

Brown JL, Pecheny M, Tamburrino MC, Conde LL, Perrotta GV, Capriati A, et al. Cuidados ginecológicos em mulheres lésbicas e bissexuais: notas sobre a situação na Argentina. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):673-84.

O artigo apresenta resultados de uma pesquisa qualitativa sobre questões emergentes em saúde sexual e reprodutiva, cujo objetivo foi descrever as experiências de mulheres não heterossexuais em relação aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. O objetivo do trabalho foi identificar e analisar as percepções de obstáculos e facilitadores do acesso aos serviços de saúde. Foram realizadas 18 entrevistas semidirigidas com mulheres não heterossexuais e os resultados principais incluíram: o obstáculo específico ao acesso à saúde sexual e reprodutiva das mulheres não heterossexuais deriva de uma "lógica da invisibilidade" dessa população como paciente ginecológica, que resulta na antecipação da discriminação (discriminação sentida) num contexto homo / lesbofóbico, na ausência de produção teórica e intervenções práticas sobre saúde e sexo entre mulheres, e na invisibilidade das lésbicas e bissexuais como coletivo.

Palavras-chave: Sexualidade. Reprodução. Serviço de saúde reprodutiva. Bissexualidade. Homossexualidade feminina.

Recebido em 22/04/13. Aprovado em 09/07/14.

DOI: 10.1590/1807-57622013.1007

Direitos na loucura:
o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Bruno Ferrari Emerich[a]
Rosana Onocko Campos[b]
Eduardo Passos[c]

Emerich BF, Campos RO, Passos E. Rights within madness: what psychosocial care center users and managers say. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):685-96.

Through questioning the concept of autonomy and the interface with exercising of rights, this paper aim to identify and comprehend the concept of the rights of psychosocial care center users, from the opinions of these users and those of managers of these services. This was a fourth-generation multicenter qualitative study in which material was gathered from focus groups and interviews, by means of audio recordings that were transformed into narratives. Interpretation of the data indicated that exercising of rights is achievable through the emergence of legal subjects. Through analyzing the relationships between these players, modulated by biopower, it could be seen that a circuit was formed, in which users were included. In the open, total practices produced means of control over users and over their exercising of rights, which might generate chronicity among users, workers, managers and services.

Keywords: Mental health. Autonomy. Human rights. Psychiatry. Qualitative research.

Por meio da problematização do conceito de autonomia e da interface com o exercício de direitos, este artigo pretende identificar e compreender a concepção de direitos dos usuários de CAPS, a partir das vozes deles e dos gestores destes serviços. Trata-se de uma pesquisa multicêntrica qualitativa de quarta geração, cujo material foi levantado em grupos focais e entrevistas, áudio gravados e transformados em narrativas. A compreensão dos dados indica que o exercício dos direitos torna-se possível pela emergência de sujeitos de direitos. Analisando as relações entre estes atores, moduladas pelo biopoder, foi possível apreender a formação de um circuito no qual os usuários são inseridos. A céu aberto, práticas totais produzem formas de controle sobre usuários e sobre o exercício de direitos por parte destes, o que pode gerar cronicidade dos usuários, dos trabalhadores, dos serviços e dos gestores.

Palavras-chave: Saúde Mental. Autonomia. Direitos Humanos. Psiquiatria. Pesquisa qualitativa.

[a,b] Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária. Campinas, SP, Brasil. 13.083-887. brunoemerich@yahoo.com.br; rosanaoc@mpc.com.br
[c] Instituto de Psicologia, Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil. e.passos@superig.com.br

Introdução

O direito dos usuários em intenso sofrimento psíquico destacou-se como temática deste trabalho a partir do seu silêncio, seja na literatura científica, seja na fala dos participantes de uma pesquisa em saúde mental que aqui discutiremos. Acreditamos que esse direito é fundamental para a construção de novas formas de cuidado aos usuários e para a consequente reestruturação de serviços e ações.

A pesquisa GAM (Gestão Autônoma da Medicação)[1] tematizou o uso da medicação psiquiátrica e problematizou formas de negociação desta por parte do usuário, o que trouxe barulho a um silêncio: o poder sobre a medicação, frequentemente concentrado nos profissionais, e a exclusão da voz dos usuários no processo de escolha e negociação dos psicofármacos. Percebemos que o conhecimento acerca dos direitos dos usuários, que deveria ser um pressuposto básico aos trabalhadores e gestores, era desconhecido por estes.

Num país em que a precariedade de acesso a direitos sociais para sobrevivência é cotidiana, o usuário em intenso sofrimento psíquico parece, muitas vezes, experimentar um duplo processo de exclusão: ser brasileiro e louco. Como grande parte da população, tem direitos sociais básicos desrespeitados. Por experimentar formas de relação com o mundo e com o outro que contrastam com os códigos socialmente estabelecidos, muitas vezes, sequer tem acesso à informação sobre seus direitos.

Este artigo tem por objetivo analisar a perspectiva de usuários e gestores de CAPS acerca dos direitos dos usuários de CAPS, construindo interpretações possíveis para as aproximações e distanciamentos das diferentes vozes.

CAPS: sobre autonomia, poder e cogestão

Os CAPS têm se consolidado como referência ao tratamento em saúde mental[2], responsabilizando-se por promover assistência ampliada aos casos de usuários em intenso sofrimento psíquico, a partir de ofertas de cuidado clínico singularizado aos usuários, por meio de diferentes ações.

Diferentemente de instituições totais[(d)3] que operam na lógica da segregação produzindo, no caso das instituições em saúde mental, a perda da identidade e redução dos sujeitos à doença mental – entendida como desvio social ou moral –, os CAPS propõem cuidados a partir da clínica ampliada[4]. A ampliação da prática de cuidado pressupõe a valorização da subjetividade, singular e complexa, e a possibilidade de trocas cotidianas nos planos micro e macropolítico, considerando as dimensões sociocultural e jurídico-política da Reforma Psiquiátrica Brasileira[5]. "Entre" sujeitos e instituições, "entre" clínica e política devem ser problematizados os direitos dos usuários em intenso sofrimento psíquico.

Onocko Campos e Campos[6] indicam que o processo de construção de autonomia dá-se no movimento de coconstrução de sujeitos e coletivos. Desse modo, podemos pensar que a autonomia pode ser atingida em maiores ou menores graus durante momentos da vida. Ao aumentar o poder de agir sobre si e sobre o contexto onde vive, é possível aumentar a rede de dependência (pessoas, lugares, instituições), desenvolvendo redes de apoio nas quais se tornam possíveis maiores graus de autonomia.

A construção de autonomia não se reduz à explicitação de diferenças e construção de consensos. Implica negociação de saberes e valorização da visão e experiência dos usuários e de sua rede de apoio. Tais negociações são, intermitentemente, atravessadas por relações de poder.

[(d)] Goffman classifica o Hospital Psiquiátrico como um dos tipos de Instituição Total, onde os internos permanecem longo tempo separados do mundo externo, tendo controladas suas necessidades a partir da organização institucional. São constantes os processos de "mortificação do eu", com consequente perda da identidade dos internados.

Oliveira e Passos[7] problematizam as novas formas de subjetivação da sociedade contemporânea que, segundo Foucault, são caracterizadas pelo biopoder, que regulamenta e massifica os processos de vida não mais capturando o corpo individuado do vivo, mas, sim, a dimensão pulsional do viver.

O poder no capitalismo contemporâneo menos reprime do que molda e modula a vida, produzindo existências assujeitadas por normas disciplinares e práticas de regulamentação da vida. Essas relações de poder incidem sobre quem está no centro da organização social, mas, também, sobre quem está na sua periferia, como pessoas que recebem algum diagnóstico psiquiátrico.

Tomando a relação entre saúde mental e modulações de poder, é possível problematizar os diferentes espaços pelos quais circulou e circula a loucura[5]. No Brasil, no final do século XX, serviços de saúde territoriais passam a articular uma complexa rede de cuidados ao usuário em intenso sofrimento psíquico. Equipamentos substitutivos que operam alteração na lógica de cuidados, e não apenas num local circunscrito de cuidados, mesmo que alguns insistam em nomear tais equipamentos como alternativos.

As práticas do biopoder não substituíram, definitivamente, aquelas do poder disciplinar. Convivemos, no contemporâneo, com instituições disciplinares remanescentes das estratégias de poder do capitalismo do século XVIII e com biopolíticas que se exercem a céu aberto. Nesse sentido, ainda devemos manter, como agenda clínico-política, o combate às práticas de uma anatomopolítica de docilização de corpos, ainda utilizadas com os usuários da saúde mental.

O controle proveniente do biopoder, tão típico da sociedade atual, nos obriga a uma atenção às novas formas de assujeitamento que podem prescindir dos muros das instituições totais. No entanto, importa afirmar que, malgrado os perigos contemporâneos da regulamentação biopolítica da vida, o fato de caírem os muros dos hospícios faz avançar o movimento da reforma psiquiátrica brasileira na direção de novas formas de cuidados aos usuários e da democratização institucional no campo da saúde mental.

Apontamos isto porque não é incomum ouvir que criamos o "CAPScômio" ou que "está acontecendo uma capscização" da rede de saúde mental. Consideramos que cuidar do sujeito em seu território, com direito à circulação por diferentes espaços (físicos e simbólicos), qualifica o tratamento. O hospital psiquiátrico tira o que nos torna humanos: a singularidade e a liberdade.

A mudança na lógica de cuidados traz consigo novos riscos e aprisionamentos a serem continuamente analisados. Em formas de tratamentos "não manicomiais", a prática do controle pode se mascarar: a medicação pode tornar-se um meio de vigilância e tamponamento de sintomas, sendo pouco discutida e negociada com o usuário; as visitas domiciliares podem tornar-se monitoramento.

Ou seja, práticas e encontros que teriam potência para fortalecer a autonomia dos usuários podem ser tentáculos que promovem sua captura. O circuito, denunciado por Goffman[3], deixa de circunscrever-se a instituições totais, passando a operar no que chamamos de *Práticas Totais*, conforme veremos mais adiante.

Direitos e loucura: o que tem sido produzido no Brasil

Ainda há poucas publicações acerca da temática dos direitos dos ditos loucos. Podemos citar, como marcos fundantes, a Lei 10216[8] e a "Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental"[9].

Sem desconsiderar a importância da bibliografia acerca do tema, destacamos aqui algumas produções que têm como pressuposto a participação protagonista dos usuários.

Vasconcelos[9] tem trabalhado o conceito de empoderamento como importante para a construção de relações mais democráticas, que tenham o direito como premissa, o que inclui o protagonismo de usuários em iniciativas como o Grupo de Ajuda Mútua e o Grupo de Ajuda Compartilhada.

Em pesquisas avaliativas em saúde mental, Onocko Campos et al.[10] incluem usuários como protagonistas na produção de conhecimento e práticas em saúde mental. Considerar que o sujeito possa narrar sua história e investir na formulação e execução de novos arranjos de cuidado passa a ser uma diferente postura em relação a direitos.

O Cartão e Plano de Crise[11] são instrumentos em que os usuários podem ter seus direitos e interesses respeitados quando são necessárias intervenções em momentos de crise. Construídos pelos

usuários junto à equipe que os atende, estes instrumentos contêm informações acerca da melhor forma de atenção ao usuário em crise, permitindo a distribuição do poder sobre a ação e avaliação em saúde mental, valorizando a experiência do sujeito e o saber do usuário.

Outra experiência de garantia de direitos assinada por usuários é o "Guia do Usuário da Saúde Mental", proposto pela AFLORE (Associação Florescendo a Vida - Campinas), que apresenta recursos importantes para o tratamento em dispositivos grupais[12]. Na mesma direção, o "Guia de direitos: loucura cidadã" foi produzido por usuários e familiares da Associação Metamorfose Ambulante[13].

A interface saúde mental/direito deve ser considerada nas diferentes dimensões da Reforma Psiquiátrica[14]. É necessário considerar o usuário dos serviços de saúde mental como protagonista e cogestor de sua vida, o que altera o modo de pensar a doença mental (dimensão epistemológica). Por outro lado, a Reforma se assenta em dispositivos legais de defesa dos direitos e cidadania, conduzindo a um processo de recomposição inclusiva do tecido social (dimensão jurídico-política), garantindo acesso a cuidados em serviços territoriais (dimensão técnico-assistencial), por meio da inscrição social e convivência (dimensão sociocultural).

Metodologia: pesquisa e análise

Os conteúdos analisados neste artigo são resultantes da "Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos - GAM-BR"[1], que teve por objetivo traduzir, adaptar e testar, em CAPS do Rio de Janeiro (RJ), Novo Hamburgo (RS) e Campinas (SP), o "Guia Gestão Autônoma da Medicação" (GGAM) em pacientes com transtornos mentais graves. Originada no movimento comunitário de Quebec, a estratégia GAM teve início na década de 1980 como uma abordagem em que o usuário está no centro das decisões de seu tratamento medicamentoso[15]. Dentre os diferentes aspectos abordados no GGAM, destaca-se a discussão dos direitos

A pesquisa foi desenvolvida por quatro Universidades brasileiras: Universidade Estadual de Campinas (SP), Universidade Federal Fluminense (RJ), Universidade Federal do Rio de Janeiro (RJ) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (RS), a partir de um convênio firmado com a Aliança Internacional de Pesquisa entre Universidade e Comunidade (ARUCI/IDRC)[15].

O caráter qualitativo do estudo parte do pressuposto da intersubjetividade (as relações humanas afetam a produção de conhecimentos), e do entendimento de que as realidades sociais são significativas e ocorrem a partir de contextos construídos socialmente[16]. Assim, o pesquisador é visto como participante dos processos sociais e reconhecido como mais um ator social, valorizando os sujeitos e entendendo que existe um vínculo intermitente entre o mundo externo e a vivência subjetiva.

A pesquisa avaliativa de quarta geração[17] propicia a inclusão de diferentes pontos de vista e valores dos grupos de interesse envolvidos[18]. Ao considerar a inserção de diferentes atores e vozes, propicia menor cisão entre práticas e saberes e o desvelamento das relações de força e negociação de poder, contemplando o caráter formativo e reflexivo da experiência, que só pode ocorrer a partir de práticas cogestivas. A participação promove formas de subjetivação, transformando os participantes da pesquisa em protagonistas.

Desta pesquisa, participaram familiares, gestores, usuários e residentes de psiquiatria, sendo que, neste artigo, serão destacadas as vozes de usuários e gestores. Os critérios de inclusão dos usuários foram: ser portador de transtorno mental grave, usar medicação há mais de um ano, não ter deficiência intelectual, e possuir interesse em participar da mesma.

Para coleta de dados, foram realizados grupos de intervenção, grupos focais[19] com usuários, e entrevistas com gestores de CAPS nos três centros da pesquisa: um grupo em um CAPS de Campinas; um grupo formado por usuários de Campinas com histórico de militância, realizado na Unicamp; um grupo em um CAPS em Novo Hamburgo; e um grupo em um CAPS no Rio de Janeiro. Tais serviços escolheram participar da pesquisa, a partir de convite das Universidades.

Como garantia de sigilo, neste artigo, não serão identificados os campos, quando da retomada das vozes dos participantes da pesquisa. Foram utilizados, para análise e discussão, conteúdos de todos os campos citados anteriormente.

Os Grupos de Intervenção constituíram-se como espaços de encontro com os usuários para as discussões coletivas, a partir das experiências e de suas concepções de direitos, no contexto de leitura e reflexão do GGAM. O GGAM é uma ferramenta construída no Quebec com a finalidade de promover o protagonismo e a autonomia dos usuários na gestão dos psicofármacos, e foi adaptado e traduzido para o Brasil[1]. Também foi apresentada e discutida a Cartilha de Direitos dos Usuários do SUS[20].

Os grupos focais (GF) foram constituídos por membros dos grupos de intervenção dos quatro campos, e contaram com um moderador, responsável por coordenar o grupo; e com um anotador, que se responsabilizou por anotar os acontecimentos e a ordem das falas dos participantes.

Os roteiros dos GF e das entrevistas abordavam diferentes temáticas relativas ao uso de medicação, tratamento, relações entre profissionais e usuários, além das concepções sobre os direitos dos usuários. Neste trabalho, utilizaremos os conteúdos ligados a esta última temática.

Os GF e entrevistas foram audiogravados e, posteriormente, transcritos e transformados em narrativas. As narrativas foram construídas por aqueles que conduziram cada grupo e/ou entrevista, e validadas, posteriormente, por outro pesquisador. Após esta etapa, as narrativas foram apresentadas aos grupos de interesse para uma validação final, o que designamos de 'grupo focal hermenêutico'[1].

Para análise e interpretação dos dados, valemo-nos da abordagem hermenêutica, que se propõe a restabelecer o entendimento alterado ou inexistente, por meio da compreensão, como aponta Onocko Campos[21]. Ainda, segundo a autora, quando se logra compreender, compreende-se de um modo diferente, permitindo que diferentes vozes possam compor a ressignificação das relações.

A partir da compreensão das diferentes vozes referentes aos direitos dos usuários, apostamos ser possível trazer à tona as diferentes tradições sobre essa temática e construir alguns sentidos partilhados entre os diferentes atores, promovendo permeabilidade à mudança.

Direitos dos usuários: o hiato entre as diferentes percepções

Voz dos usuários

Os usuários reconhecem como seus direitos básicos: a recusa ao tratamento, o acesso à informação e ao passe gratuito do ônibus. Atribuem importância à fonte de informações sobre direitos: se estes, muitas vezes, não são informados pelos profissionais, o fato de saberem onde procurar essas informações quando necessário traz alguma segurança.

Juntamente com o reconhecimento da informação como fonte de direitos, há uma crítica acerca da indisponibilidade de profissionais e gestores do CAPS conversarem sobre esta temática com eles.

> Achamos que aqui no CAPS não há informação sobre funções dos remédios. Essas informações técnicas eles não passam para o paciente, mas de qualquer maneira, alguns de nós gostam de procurar. Teve só uma pessoa do grupo que sabia o uso. (narrativa dos usuários)

A participação na construção de Projetos Terapêuticos Singulares[22] aparece como uma premissa de direito muitas vezes não respeitada, o que faz com que o Projeto seja reduzido à prescrição de atividades informadas aos usuários. A linguagem técnica usada, pelos profissionais, nos prontuários dificulta a compreensão e exclui os usuários de sua própria história.

> Reconhecemos que alguns de nós não participam nem das decisões do seu projeto de tratamento, recebendo apenas informações de como deveria ser a frequência e o que deveria fazer no serviço. (narrativa dos usuários)

> É sobre o paciente ter direito de ver sua pasta, de ler seu prontuário. Um de nós já pegou para ler, mas desistiu por que não tem a chance de entender o que está escrito ali, parece inglês. (narrativa dos usuários)

Voz dos gestores

Os gestores reconhecem como direito dos usuários a universalidade do acesso e a integralidade de cuidado, além do funcionamento comunitário dos CAPS.

> Lembramos da legislação que garante pelo SUS o acesso dos usuários aos CAPS, do serviço estar no território, da forma de cuidado, do atendimento integral. Mas desconhecemos legislação que diga do direito do usuário recusar a medicação. (entrevista - coordenador de CAPS)

É possível apreender que pouco diálogo há entre as leis, o conhecimento destas e as percepções do que seriam os direitos dos usuários por parte destes e dos gestores. O silêncio parece dificultar a construção de um código que dispare a circulação da palavra e real discussão sobre a possibilidade da emergência de um sujeito de direitos[23].

Não podemos descartar a informação como condição básica do exercício de direitos, porém, não basta apenas informar. O sujeito de direitos é aquele que tem a experiência de direitos encarnada e é reconhecido pelo outro como tal. Nesse sentido, não é suficiente que o usuário saiba que pode, por exemplo, recusar a medicação. É também necessário que ele seja legitimado como um sujeito de direitos cuja decisão deve ser considerada pelos profissionais de saúde e comunidade.

Neste desencontro de códigos, faz-se necessária a abertura dos gestores e dos trabalhadores para a experiência do usuário. É pelo encontro da formação técnica e da função de gestão com a vivência e concepções dos usuários que a clínica e a prática do direito se articulam, criando sentido nas relações institucionais. A emergência de um sujeito de direito, que viva (ou pleiteie) esta condição nas diferentes esferas da vida, torna-se uma importante direção no cuidado em saúde mental. Se o gestor (ou trabalhador) revê sua prática e a contextualiza no encontro com o usuário, produz, para ambos, maiores graus de autonomia e de poder decisório, tornando sua ação uma práxis em saúde[24].

Entendemos que a experiência de direito construída na práxis e garantida pela lei permite o reposicionamento subjetivo tanto dos trabalhadores – aí incluídos os gestores – quanto dos usuários, ampliando o trabalho de profissional de referência e sua participação nos espaços coletivos, assim como a vivência efetiva dos direitos pelos usuários.

Direitos e circuito

O estigma e o preconceito sofridos pelos usuários foram temáticas recorrentes nos achados da pesquisa. Usuários descrevem que, quando procuram o hospital geral para atendimento clínico, são reduzidos à condição de doente mental, e encaminhados ao psiquiatra. Reduz-se a demanda de cuidado a um sintoma psiquiátrico e negligencia-se a demanda de um sujeito. Nega-se a clínica ampliada[4].

> A questão do sujeito está esquecida e os profissionais não veem o cidadão como um todo. E a gente percebe isso, porque um de nós teve agora um problema de saúde que é sério, foi ao hospital e eles falaram que era um problema da saúde mental. Mas como é que é de saúde mental, se tá saindo sangue no xixi, neste caso? (narrativa dos usuários)

O direito ao benefício e o direito ao trabalho aparecem, frequentemente, em uma relação excludente que caracteriza o estigma, já que a vivência é a de que um direito exclui o outro. Se o usuário tem direito ao benefício financeiro por adoecimento, receber um diagnóstico psiquiátrico dificulta o retorno ao mercado profissional.

> Em relação ao trabalho temos grande impotência. Se é aposentado não tem direito a emprego. Se vai trabalhar não consegue. Se falar que faz tratamento, ninguém dá emprego, que toma remédio é repugnado [...], aposentadoria parece apagar nossa possibilidade de trabalhar, embora alguns de nós reconhece ... reconheça a necessidade de estar trabalhando se não tivéssemos fazendo tratamento. (narrativa dos usuários)

Verifica-se que, na prática cotidiana, para ter acesso à medicação psiquiátrica de alto custo em alguns estados, o usuário deve ser diagnosticado com esquizofrenia, mesmo que este não seja o seu diagnóstico. A condição para receber o remédio é possuir o diagnóstico que o rotula como portador de uma doença passível de preconceitos, mesmo que não a tenha.

Numa das cidades em que a pesquisa foi realizada, para receber o passe de ônibus gratuito, quase sempre é necessário protocolar a esquizofrenia do usuário, mesmo que este não seja o diagnóstico. Recebe o passe gratuito, e junto com ele a perpetuação do estigma.

É possível apreender o funcionamento de um circuito mantenedor da situação de vulnerabilidade dos usuários dos serviços de saúde mental: o usuário tem acesso a direitos sociais devido ao adoecimento, e tal acesso o estigmatiza, inviabilizando-o como sujeito de direitos. Este circuito é reforçado ao não serem construídas, com o usuário, formas de sair deste lugar, passando a ser, cada vez mais, dependente das decisões externas.

Deste circuito participam gestores e profissionais, que reforçam as práticas e diagnósticos, mesmo que com eles não concordem; e usuários, que podem ocupar estes lugares para acessar condições mínimas de tratamento e de vida, frente às incertezas de uma sociedade organizada pela lógica do Estado mínimo.

Sobre direitos e práticas totais

Oliveira e Passos[7] chamam a atenção para as formas de controle a céu aberto que a loucura pode ter a partir do enfraquecimento ou dissolução das instituições disciplinares. A série doença mental-tutela-manicômio, embasada na tutela dos corpos no sistema hospitalocêntrico, pode ser substituída pela série doença mental-controle-serviços abertos.

Por parte de alguns gestores, aparece a preocupação em filtrar os direitos dos usuários, evitando informações acerca do direito à recusa da medicação e de outras formas de tratamento.

> Eu não acho bom quando a gente toma essa questão pela via do direito [referindo-se ao direito do usuário poder recusar qualquer procedimento, inclusive a medicação]. Está escrito na lei que ele pode recusar, vou dar um papel pra ele, pra ele ficar bem informado a respeito disso. Acho isso meio fora do contexto, não está nas discussões cotidianas aqui do CAPS, é complicado. (entrevista - coordenadora de CAPS)

A lógica do controle se expressa com o uso de "filtros de proteção" que mantêm o silenciamento sobre as formas de gestão do tratamento ou do equipamento de saúde. A este respeito, ouvem-se as críticas dos usuários:

> Enfermeiro, psicólogo, psiquiatra, coordenador. Então tem um tipo de hierarquia aqui dentro. Então, o que acontece? Você reclama para o referência, a referência às vezes esquece, [...] não vai lá no doutor tal e fala: o meu paciente que está comigo está precisando disso, disso e disso. Então, o que eles fazem? Eles não sintonizam bem, entendeu? (narrativa de usuários)

O CAPS pode acabar por assumir o lugar do controle, quando define o que é permitido ao usuário saber ou questionar. Promove-se tanto infantilização do usuário quanto o seu outro extremo: o usuário que tudo pode, sem corresponsabilizar-se por nada. Nos dois extremos, assume-se o mandato social de responder pelo sujeito

> Ou a gente pode pensar que todos os pacientes, inclusive psicóticos graves, estão no campo da razão e, assim, podem escolher, e... então, eles vão ser presos, porque é a única consequência que eu posso imaginar. (entrevista - coordenadora de CAPS)
> Cabe à gente, somos nós do campo da saúde mental, que temos um mandato social de definir que naquela hora quem manda sou eu. Quem diz se vai ter que ser internado, por exemplo, ou se vai ter que tomar uma medicação sou eu, porque acho que é disso que aquele paciente precisa naquele momento, porque senão ele vai fazer uma besteira com ele ou com alguém. E eu acho que a gente ainda funciona muito nesse princípio. (entrevista - coordenadora de CAPS)

A discussão sobre medicação com os usuários parece ser um emblema do que vimos conversando até agora. O uso de medicação, a falta de discussão e o pouco poder decisório do usuário na negociação parecem representar uma espécie de caixa preta da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Num dos campos da pesquisa, há desligamento do usuário caso ele negue-se a tomar remédio.

> Mas quando a pessoa está bem, com juízo crítico preservado e se recusa a tomar a medicação, ainda estamos avaliando, porque até pouco tempo a conduta era: se tem a indicação e tem crítica, segue com a indicação de tomar a medicação; mas, se a pessoa não está aderindo ao tratamento e não está seguindo as orientações, a equipe não sente que está tratando aquela pessoa. Então, na recusa a tomar a medicação, muitos profissionais têm a conduta de assinar no prontuário e desligar o usuário de todo o tratamento. (entrevista - coordenadora de CAPS)

Neste caso, a equipe passa a adotar a mesma perspectiva unilateral do usuário que sozinho decide parar de tomar a medicação, e entende que a escolha pauta-se apenas pela racionalidade, transformando uma possível piora decorrente da suspensão de medicação em culpabilização do sujeito.

Esta gestora discorda da prática e procura modos de lidar com a situação. Porém, na função-gestão, não seria necessário ratificar o compromisso do CAPS em construir outras formas de manejo, objetivando a geração, entre equipe e usuários, de ações que visem maiores graus de autonomia e corresponsabilização? Não seria necessário discutir com a equipe formas de cuidar do usuário para além da obrigatoriedade do uso da medicação?

A função gestão em equipamentos substitutivos tem por premissa fugir da racionalidade gerencial hegemônica[25], transitando entre o gerir e o gerar[26]. Para isto faz-se necessário que estratégias coletivas sejam construídas na organização e modulação de relações cotidianas nos serviços. Isto é um exercício político, de desnaturalização de práticas e de questionamento de poderes.

Há o reconhecimento do desafio:

> É um aprendizado também pra gente enquanto cuidador [...] se a gente estivesse num hospital, com certeza a gente não estaria pensando sobre isso aqui (direitos) [...] são coisas que até fora do trabalho são questões que a gente também não consegue muito lidar, com a liberdade, com o direito de cada um, isso na sociedade é muito difícil, então aqui dentro não é muito diferente, só que a diferença é que aqui a gente tá no lugar de cuidador. (entrevista - coordenadora de CAPS)

Em outra fala, outro coordenador de CAPS alerta:

> Então, por um lado, é muito importante que seja preservado esse direito (de informação sobre a recusa da medicação) mas, eu acho que isso dá só mais trabalho pra gente.

Fica-nos uma pergunta: quem dá o direito a outrem de ocultar o que lhe é constitucionalmente garantido?

De forma mais velada, numa instituição aberta, o ranço de práticas que desprezam a singularidade do sujeito e a capacidade de protagonismo e de construções pactuadas pode permanecer.

Se não mais se aprisionam pessoas em instituições totais, pode-se operar por *práticas totais* que tendem a, cotidianamente, ressuscitar a ausência política dos usuários. Tais práticas desconsideram o exercício dos papéis sociais vivenciados pelos usuários, deslegitimando diferentes formas de subjetivação. *Práticas totais*, enfim, que silenciam ou fecham-se à palavra do usuário, que desconsideram sua fala como acesso à realidade de seu mundo. Liberta-se o sujeito do asilo, mas não da normalização dos processos de vida e da universalização de formas de sentir, agir e pensar.

Não informar o usuário sobre seus direitos e não trabalhar com ele, tais questões são *práticas totais*. Desligar o usuário por recusa ao uso da medicação também.

Se as instituições totais são, por definição, instituições disciplinares que consideram o corpo como realidade a ser vigiada e modelada, as práticas totais podem modular de um diagrama do poder disciplinar para um do biopoder, ao buscar disciplinar os corpos e regulamentar os processos de vida, "funcionando de forma capilar nas instituições sociais, diluindo-se por todo o tecido social"[7] (p. 324). Mesma lógica, espaços diferentes. A série doença mental-controle-serviços abertos se solidifica.

Apostamos que o direito deve ser informado e que seu exercício deve ser compartilhado com o usuário na perspectiva de aumentar graus de autonomia e de corresponsabilização, considerando-o como sujeito da experiência[27]: experiência válida como a nossa, mesmo que diferente.

Para que tais estratégias possam ser adotadas, faz-se necessário que a equipe e gestores estejam constantemente em análise. O risco de assumir práticas totais travestidas de libertárias constantemente atravessa os equipamentos de saúde a céu aberto.

Oliveira e Passos[7] apontam para o risco de novas cronicidades decorrentes da modulação pelo biopoder: cronicidade dos usuários que são retidos nos muros invisíveis dos CAPS;

> cronicidade dos efeitos dos dispositivos de saúde mental, efeito da inexistência ou fragilidade da rede de atenção em saúde que não amplia nem conecta os diferentes serviços, garantindo uma efetiva abertura dos CAPS que tendem a possuir 'porta de entrada', mas muitas vezes, não possuem 'porta de saída'[7]. (p. 336)

Há, também, a cronicidade dos profissionais, que não podem deixar de colocar em análise os modos de atenção e gestão, assim como os equipamentos de saúde em que trabalham[28].

Complementamos a ideia dos autores com a cronicidade dos gestores, que podem fugir ao exercício de sua função. Por exemplo, quando escolhem o que informar aos usuários, visto que isto pode "dar trabalho" à equipe; ou quando não se posicionam frente à equipe sobre a necessidade de prerrogativas básicas do SUS serem sustentadas.

Considerações finais

Durante o percurso de compreensão dos dados, percebemos que a problematização do direito disparou ecos num silêncio mais profundo. Além do acesso à informação, também se mostrou necessário compreender o que era feito com ela.

Na compreensão das narrativas dos usuários e dos gestores, pudemos apreender que o silenciamento sobre os direitos aumenta a concentração de poder dos gestores e equipamentos, aumentando a violência simbólica.

Pudemos interpretar, também, a formação de um circuito a partir da ausência dos direitos, ou da impossibilidade de exercício destes. Tais circuitos legitimam-se num país em que o acesso a direitos sociais básicos é precário para grande parcela da população, sendo que, em alguns momentos, a inscrição neste círculo, se, por um lado estigmatiza, por outro, torna a sobrevivência possível.

Nas repetições geradas por tal circuito, uma delicada questão salta: a consecução de benefícios especiais pode enfraquecer a luta contra o estigma e busca por direitos civis comuns a todos cidadãos, visto que poderia haver um reforço da competência técnica e da mediação de serviços de saúde para isto[9].

Novos tipos de cronificação podem ser vividos, como a dos usuários, dos profissionais, dos serviços e dos gestores.

O fechamento dos hospícios não soluciona a questão dos direitos dos usuários, por mais que seja o primeiro ponto a ser sacramentado. O exercício do direito por parte dos usuários é aprisionado pela instituição loucura ao longo dos séculos.

A emergência de sujeitos de direitos não pode se dar senão no plano coletivo, por um lado, como prática vivida de intersubjetividade (pactuação, produção de regras) e, por outro, a partir da gestão coletiva e compartilhada do cuidado, que geste modos de existência mais livres, com incorporação efetiva da autonomia dos usuários e dos direitos humanos.

Neste sentido, a emergência do sujeito de direitos aproxima-se de uma práxis em saúde que pode ter o CAPS como meio para o usufruto do direito do usuário, articulador de redes, promotor de processos de subjetivação que possam ser potencializados em outros encontros.

Torna-se fundamental que a temática dos direitos seja retomada e problematizada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, sob o risco de este catalisador e alicerce de seu movimento tornar-se apenas retórica, presente nos textos e discursos, vazio de sentido na vida dos usuários. Pensar a democracia psíquica[29] extrapola o campo da saúde mental, comprometendo-nos com a construção de uma democracia social.

Que os sujeitos, loucos ou não, possam construir coletivamente formas de resistir ao esquecimento dos direitos humanos. E que a universalidade de acesso não seja pensada apenas a partir das portas concretas abertas mediante portarias legais, mas que, também, considere os interstícios que aquecem as relações de poder e silenciam sujeitos.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. Onocko Campos R, Palombini AL, Silva AE, Passos E, Leal EM, Serpa Junior OD, et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):967-80.

2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF): MS; 2004.

3. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1974.

4. Campos GWS, organizador. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.

5. Amarante P. Saúde Mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

6. Onocko Campos R, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 669-88.

7. Oliveira JAM, Passos E. Novos perigos pós-desospitalização: controle a céu aberto nas práticas de atenção à saúde mental. In: Carvalho SR, Ferigato S, Barros ME, organizadores. Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2009. p. 322-41.

8. Lei nº 10216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial de União. 6 Abr 2001.

9. Vasconcelos EM. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus; 2003.

10. Onocko Campos R, Furtado JP, Miranda L, Ferrer AL, Passos E, Gama CAP. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Rev Saude Publica. 2009; 43(1):16-22.

11. Freitas C. A participação e preparação prévia do usuário para situações de crise mental: a experiência holandesa do plano/cartão de crise e desafios para sua apropriação no contexto brasileiro. In: Vasconcelos EM, organizador. Abordagens psicossociais: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec; 2008. v. 2, p. 142-70.

12. Presotto RF. Participação de usuários de serviços de Saúde Mental em pesquisas: um olhar a partir dos conceitos de empowerment e recovery [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2013.

13. Ludmila CC. Guia de direitos humanos loucura cidadã. Salvador: AMEA; 2011.

14. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.

15. Passos E, Otanari TMC, Emerich BF, Guerini L. O Comitê Cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. Cienc Saude Colet. 2013; 18(10): 2919-28.

16. Minayo MCS. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde. In: Onocko Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R, organizadores. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 27-37.

17. Furtado JP, Onocko Campos R. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. Cad Saude Publica. 2008; 24(11):2671-80.

18. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications; 1989.

19. Miranda L, Figueiredo MD, Ferrer AL, Onocko Campos R. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: Onocko Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R, organizadores. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 249-77.

20. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília (DF): MS, 2006.

21. Onocko Campos R. Metodologia de pesquisa em políticas de planejamento e gestão em Saúde Coletiva. In: Barros NF, Cecatti JG, Turato ER, organizadores. Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares. Campinas: Unicamp; 2005. p. 261-71.

22. Oliveira GN. O Projeto Terapêutico Singular. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas na atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 283-97.

23. Passos E, Silva AE. Autonomia e direitos humanos na experiência em primeira pessoa de técnicos e usuários em serviço de saúde mental: a experiência da gestão autônoma da medicação (GAM) [relatório final FAPERJ Programa APQ1 2009/1]. Rio de Janeiro; 2011.

24. Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. Cienc Saude Colet. 2010; 15(5): 2337-44.

25. Campos GWS. Um método para a análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

26. Onocko Campos R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos GWS, organizador. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 122-49.

27. Bondia JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Rev Bras Educ. 2002; (19):20-8.

28. Oliveira JAM, Passos E. A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe. Vivência (Natal). 2007; 1:259-275.

29. Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2011.

Emerich BF, Campos RO, Passos E. Derechos en la locura: lo que dicen los usuarios y gestores de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS). Interface (Botucatu). 2014; 18(51):685-96.

Por medio de la problematización del concepto de autonomía y de la interfaz con el ejercicio de derechos, pretendese identificar y comprender la concepción de derechos de los usuarios de CAPS, a partir de sus voces y de los gestores de estos servicios. Se trata de un estudio multi-céntrico cualitativo de cuarta generación, cuyo material se obtuvo en grupos focales y entrevistas que se grabaron en audio. La comprensión de los datos indica que el ejercicio de los derechos se hace posible por la emergencia de sujetos de derechos. Analizando las relaciones entre estos actores, moduladas por el biopoder, fue posible captar la formación de un circuito en el que los usuarios se insieren. A cielo abierto, las prácticas totales producen formas de control sobre usuarios y el ejercicio de derechos, lo que puede generar cronicidad de los usuarios, trabajadores, servicios y gestores.

Palabras clave: Salud mental. Autonomía. Derechos humanos. Psiquiatría. Estudio cualitativo.

Recebido em 26/12/13. Aprovado em 21/07/14.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0536

Humanização em contexto pediátrico:

o papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada

Carla Hiolanda Esteves[a]
Conceição Antunes[b]
Susana Caires[c]

Esteves CH, Antunes C, Caires S. Humanization in a pediatric context: the role of clowns in improving the environment experienced by hospitalized children. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):697-708.

In order to place value on the importance of psychosocial aspects of pediatric hospitalization, and to seek the child "behind" the sick body, many hospitals have been investing in humanizing their spaces, routines, and atmospheres aiming welcoming environments that will reduce the negative experiences of the children and their families during the hospital stay. In this paper, an attempt was made to systematize some of the efforts undertaken so far to define the concept of "humanization" specifically in the pediatric context. Reflections on the potential of some existing programs within this context are also provided, specifically those that combine art, recreation, leisure activities and humor as preferred means of communication and expression. Among these, interventions by hospital clowns are highlighted as promoters of free expression among children, along with autonomy, creativity, exploration, and knowledge of the world, with consequent psychosocial development.

Keywords: Pediatrics. Humanization. Hospital clowns.

Valorizando a importância dos aspetos psicossociais da internação pediátrica, e procurando a criança "por detrás" do corpo doente, vários hospitais têm investido na humanização de espaços, rotinas e atmosfera, procurando promover ambientes acolhedores e atenuantes das experiências negativas vividas pela criança (e família) durante a internação. A par de uma tentativa de sistematização de alguns dos esforços realizados até a data em nível da definição do conceito de "humanização" – nomeadamente em contexto pediátrico –, reflete-se acerca das potencialidades de alguns programas existentes nesse contexto, nomeadamente aqueles que aliam a arte, a recreação, o lazer e o humor como meios privilegiados de comunicação e expressão. Entre estes, destaca-se a intervenção dos palhaços de hospital, como promotora da livre expressão da criança, da sua autonomia, criatividade, exploração e conhecimento do mundo e consequente desenvolvimento psicossocial.

Palavras-chave: Pediatria. Humanização. Palhaços de hospital.

[a] Doutoranda em Psicologia da Educação, Instituto de Educação (Braga - Portugal), Universidade do Minho. Rua D. Afonso Henriques, nº 252, Brito. 4805-052. Guimarães, Portugal. hiolandaesteves@gmail.com
[b,c] Instituto de Educação, Universidade do Minho. Braga, Portugal. mantunes@ie.uminho.pt; s.caires@sapo.pt

Introdução

Na última década, em nível internacional e nacional, no caso vertente Portugal, vários têm sido os investimentos realizados no sentido de definir o conceito de "humanização" em contexto de saúde, e analisar as mais-valias dos projetos que visam a sua operacionalização[1-4]. Segundo Vaitsman e Andrade[5], o conceito de humanização em contexto de saúde surge ligado ao paradigma dos Direitos Humanos. Efetivamente, na Declaração Universal dos Direitos do Homem[6], está implícita esta relação, dado que esta se funda na noção de dignidade e igualdade de todos os seres humanos.

De acordo com a revisão da literatura realizada, a humanização hospitalar evidencia-se como um bem e uma necessidade reconhecida, quer ao nível das conceções teóricas, quer entre os usuários dos serviços[7]. Apesar de este conceito estar habitualmente associado à ideia de um atendimento afetuoso, empático e atento às necessidades do paciente, a humanização é um desafio transversal a todos os atores em saúde. Adicionalmente, a humanização vai para além de quem é cuidado, mas, envolvendo, também, os seus cuidadores e demais atores do contexto hospitalar. Inclusivamente, no Brasil, a humanização assumiu um caráter mais formal com a Política Nacional de Humanização[8]. Tal como refere Lepargneur (2003 citado por Mota, Martins e Véras[9]), humanizar consiste em "saber promover o bem comum acima da suscetibilidade individual ou das conveniências de um pequeno grupo" (p. 234), assumindo-o como um processo partilhado por todos, e focado na promoção da colaboração interdisciplinar entre profissionais, entre estes e os usuários, e entre todos eles e os próprios cuidadores informais (família, acompanhantes…). Duarte e Noro[10] assumem a humanização hospitalar como devendo consistir em "[…] ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, com melhorias dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais" (p. 689). Para que tal possa acontecer, Machado, Haddad e Zoboli[11] reivindicam a necessidade de se proceder à "…transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde" (p. 448).

Machado e colaboradores[11], na sua revisão da literatura, realçam a dificuldade da sua implementação e, reportando-se à prática da enfermagem, referem que "[…] o aspeto humano do cuidado, com certeza, é um dos mais difíceis de ser implementado" (p. 686). Segundo Sá[12], tal dificuldade prende-se com o facto de existir, ainda hoje, uma "inadequação para designar o que pretende" (p. 653), revestindo-se a sua definição, frequentemente, de marcada subjetividade, levando a múltiplas interpretações, e a modos de implementação diferenciados e, não raras vezes, ineficazes para atingir o seu real objetivo. Um outro obstáculo prende-se com o facto de, ainda hoje, prevalecer, na nossa sociedade, uma grande valorização do estatuto social e profissional da classe médica[12]. A formação superior do corpo médico faz, destes profissionais, uma classe considerada, por muitos, uma "elite", com a qual o contacto é baseado no respeito e obediência, mais do que num sentimento de empatia, ajuda e compreensão. A este entrave à humanização, acresce-se a falta de investimento na reflexão e estruturação de meios reais, promotores de uma efetiva cultura hospitalar humanizada, bem como ao nível da formação dos profissionais, recorrentemente salientados na literatura da área[12-18].

A estes obstáculos, Costa (2000, citado por Sá[12]) e Morais et al.[19] acrescentam a inadequação dos espaços e respetiva falta de dinamização, bem como as características dominantes da sociedade em que vivemos, onde o consumismo, o egocentrismo, a estratificação social, a desvalorização das classes menos alfabetizadas e/ou de outras etnias e nacionalidades dão corpo à cultura do "ter" e do "parecer" em detrimento do "ser". Adicionalmente, a "supervalorização da dimensão económica" e a "obsessão pela modernização, junto com uma idealização da técnica e da tecnologia" (p. 655) são também salientados por Enriquez (1994, citado por Sá[12]).

A humanização em contexto pediátrico

Falar em humanização, nos cuidados pediátricos, adquire um significado mais relevante. Tal relevância deve-se, por um lado, à maior imaturidade da criança para compreender a sua situação clínica, o internamento hospitalar e todos os tratamentos a que é sujeita; e, por outro, à vulnerabilidade acrescida que o afastamento do seu meio familiar, o contacto com pessoas, ambientes e equipamentos estranhos ou, por exemplo, a privação do brincar poderão acarretar[15,20,21]. Efetivamente, neste contexto específico onde a humanização, a personalização e os cuidados específicos se esperariam como valores "nucleares", estes são descurados. O trabalho de Gomes e Erdmann[22], descrevendo a experiência hospitalar da criança como frequentemente fracionada, onde a criança é segmentada "[…] em órgãos ou em patologias, sendo até mesmo apontada, por alguns profissionais, pelo número de seu leito, totalmente desqualificada e expurgada de sua identidade e de sua cidadania" (p. 25), ilustra algumas das práticas que ainda vigoram em contexto pediátrico. Neste tipo de práticas – não tão invulgares quanto o desejável –, Troostwijk[23] (p. 73) refere que, muito facilmente, a criança se torna "num caso de…". Por exemplo, no Brasil, muito embora a presença do acompanhante para a criança seja garantida por Lei, pelo Estatuto da Criança e Adolescente – Capítulo I, artº 12[24], tal nem sempre acontece.

Procurando sistematizar os eixos em que deverá assentar a humanização hospitalar, nomeadamente no contexto pediátrico, a literatura tem vindo a centrar-se, essencialmente, na reflexão e sugestão de medidas em nível: (i) da melhoria dos cuidados ao paciente pediátrico; (ii) da melhoria dos processos de comunicação interpessoal entre os diferentes agentes hospitalares; (iii) da melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde, e (iv) da melhoria da qualidade da "atmosfera" hospitalar.

Dado o particular interesse dos autores por este último tópico, não só pelo maior protagonismo que tem vindo a receber mais recentemente, em Portugal, mas pela área de investimento que tem marcado o seu trabalho mais recente – a intervenção de palhaços profissionais em pediatria –, dar-se-lhe-á especial relevo ao longo deste trabalho.

Medidas para a melhoria da qualidade do ambiente pediátrico

Representando, o internamento, uma transição ecológica[25] que altera a relação da criança com os seus ambientes próximos, vários são os estudos que têm vindo a procurar identificar os principais fatores de estresse associados à vivência, pela criança, das rotinas, serviços, espaços e agentes que integram o cenário pediátrico, bem como a intensidade com que são experienciados. Adicionalmente, o impacto destes fatores no bem-estar físico e psicológico da criança, na qualidade do seu internamento e no processo de recuperação, ou, ainda, os efeitos ao nível do seu desenvolvimento, a médio e longo prazo, têm também vindo a ser alvo de análise[1,25-29]. Mazur et al.[27] (p. 5), procurando retratar a experiência de hospitalização infantil, referem que "Quando uma criança é internada, o ambiente estranho a assusta, pois há pessoas que não lhe são familiares, ruídos diferentes e uma dinâmica de funcionamento desconhecida". Masetti[29] destaca, neste ambiente estranho, o efeito dos "aparelhos computadorizados, as luzes que piscam… as transfusões de sangue que limitam seus movimentos, as pessoas que ali trabalham, com suas roupas brancas e comportamentos estereotipados… os tubos e as máscaras de oxigênio que dificultam se movimentar e ultrapassarem sua condição de paciente" (p. 2). Segundo a autora, a privação das crianças das suas roupas, dos seus brinquedos e do brincar fazem do hospital e da experiência de internamento "uma realidade que destitui a criança da sua função: ser criança" (p. 2), ficando a sua vida "suspensa" no momento em que entra no hospital.

A sensação de desamparo gerada pelo afastamento do seu ambiente familiar, pelo confronto com o desconhecido e o imprevisível, ou a não-compreensão de determinadas normas, rotinas e procedimentos, são apontados como responsáveis por alguns comportamentos regressivos (por exemplo: enurese, chuchar no dedo), fobias (por exemplo: a agulhas, jalecas brancas, procedimentos médicos), pesadelos e/ou alterações de comportamento que dificultam a sua socialização hospitalar (por exemplo: agressividade, mutismo, isolamento)[25,28,30-34]. São também comuns as reações de protesto e medo devido à falta de entendimento e compreensão sobre a sua situação, ou de apatia e

fuga como formas de lidar com os elevados níveis de ansiedade resultantes da não-compreensão e falta de controle sobre diferentes aspetos da nova situação[34,35].

Cada vez mais conscientes do impacto que o ambiente hospitalar pode ter no bem-estar, recuperação e desenvolvimento da criança, e procurando ampliar a importância dos aspetos psicossociais – indissociáveis dos aspetos físicos – do internamento, vários hospitais têm vindo a investir na humanização dos seus espaços, rotinas e ambientes, procurando torná-los mais acolhedores e atenuadores das experiências negativas vividas pela criança (e sua família) durante o internamento[1-3,36]. Defensores destas ideias, Schmitz et al.[34] e Oliveira et al.[38] postulam que, durante a hospitalização, devem assegurar-se experiências que permitam que a criança se sinta amada, protegida, tenha confiança em si e nos adultos de quem depende; que o acompanhamento por parte dos seus cuidadores respeite, por um lado, as etapas evolutivas e marcos do seu desenvolvimento e, por outro, promova experiências potenciadoras desse desenvolvimento; a satisfação das suas necessidades (e curiosidades); bem como, a concretização das suas capacidades e "vocações". Tais experiências passam, atualmente, pelo desenvolvimento de iniciativas internas e pelo recurso à colaboração de elementos externos à instituição, tal como a literatura na área revela.

Medidas internas

Entre as medidas internas que o movimento de humanização pediátrica fomentou nos hospitais, destacam-se: a possibilidade de a criança ter um acompanhante; o encorajamento dos pais para assumirem um papel ativo no cuidado da criança; o receber visitas; a dinamização de espaços lúdicos (por exemplo, ludotecas/brinquedotecas); a instalação de redes informáticas; ou a adequação da decoração ao público pediátrico[1,26,27,36,37-39]. Entre estas, destacamos a dinamização de espaços lúdicos e a adequação dos espaços ao paciente pediátrico, ambos alvo de particular relevo nas mais recentes intervenções em contexto hospitalar, em resposta aos objetivos de promoção de ambientes humanizados, e às necessidades psicossociais do paciente pediátrico.

Dinamização de espaços lúdicos

A criação de espaços lúdicos em contexto pediátrico tem vindo a ser apontada como essencial ao bem-estar, desenvolvimento e distração da criança hospitalizada. Nestes, a criança encontra: novas possibilidades para a ocupação do seu tempo livre; estímulos relevantes ao seu desenvolvimento (cognitivo, social, emocional, psicomotor…), à sua autonomia e, entre outros, uma oportunidade de abstração em relação aos múltiplos estressores associados à sua condição clínica e tratamento. A propósito deste último, Barros[21] refere o facto de que, enquanto a criança brinca, esta está capaz de descentralizar o seu foco de preocupação (na doença e nos procedimentos invasivos), para outras situações/estímulos distratores.

Outros autores sinalizam o brincar como um meio privilegiado de exploração e expressão dos medos, anseios e receios da criança[20,34,40], acentuando Tavares[41] seu valor terapêutico. Segundo este último autor, quando a criança brinca, ela adquire os meios para libertar o estresse e a tensão gerados pelas suas vivências na interação com o ambiente. Este aspeto tem um importante valor na criança saudável, mas, mais ainda, na criança hospitalizada, constituindo-se numa importante estratégia para a auxiliar a libertar-se do estresse e medo inerentes à doença, hospitalização e tratamentos.

É também uma forma de compreender, por meio da simulação lúdica, os procedimentos e intervenções de que é alvo, podendo, igualmente, surgir como um "canal" de comunicação alternativo da criança com os seus cuidadores, e adicionando importantes ganhos na sua confiança relativamente aos profissionais de saúde[20,42]. Segundo Parcianello e Fellin[1], brincar poderá, igualmente, contribuir para a desmistificação das representações da criança (e dos seus pais) em relação aos seus cuidadores formais, humanizando a relação entre ambos. Oliveira et al.[43] apontam, também, para o seu papel complementar na recolha de informação sobre a criança. Favero et al.[44] reforçam esta ideia afirmando que o modo como a criança brinca é indicador de como ela está e como ela é, sendo que, por meio da sua observação no ato de brincar, ou da participação direta nessas atividades lúdicas, é possível

observar como raciocina, descobre, persiste ou reage, afetivamente, às múltiplas situações trazidas pelo jogo.

A estes autores associam-se vários outros que, a par dos ganhos já salientados, assumem o brincar no hospital como ajudando a criança a sentir-se mais segura num ambiente estranho, possibilitando uma mediação entre o mundo familiar e situações novas e ameaçadoras, e a elaboração de experiências desconhecidas e desagradáveis. Adicionalmente, poderá ajudar a minimizar a ansiedade da criança em momentos de separação dos pais/família e as saudades de casa e amigos. Pelo facto de colocar a criança numa posição ativa, oferece-lhe, também, a possibilidade de fazer escolhas e de se sentir "no comando", algo de que está privada em muitos dos momentos vividos no hospital[15,34,41,45-47].

Mediante as inúmeras vantagens do brincar em contexto hospitalar, a criação de espaços lúdicos – ludotecas/ brinquedotecas – em contexto pediátrico tem sido uma realidade crescente em vários hospitais à escala nacional e internacional[26,28,34,37].

Adequação dos espaços às características e necessidades do paciente pediátrico

Como referem Bergan et al.,[7] "A compreensão do edifício hospitalar, assim como o planejamento e a qualidade de projetos de edifícios destinados ao atendimento à saúde com racionalização, adequação e humanização dos espaços, torna-se de fundamental importância" (p. 657). A este propósito, Goldenstein[36] destaca aspetos, como a decoração, a luz, as cores dos espaços, como podendo ajudar a afastar "… o hospital humanizado da frieza do hospital tradicional" (p. 36). Segundo este autor, a criação de espaços amplos e luminosos, jardins, ou serviços de hotelaria e pequenas lojas, poderá concorrer para subtrair, ao hospital, a imagem de dor, sofrimento e morte.

A este propósito, Barros[21] refere que a adequação dos espaços hospitalares ao público infantil implica, sobretudo, o aliar da criatividade a conhecimentos do desenvolvimento infantil. A existência de sinalização clara e acessível; a criação de áreas diferenciadas de jogo, descanso e tratamentos; a implementação de regras que permitam o controlo, pela família, das rotinas, atividades e a organização do seu próprio espaço, são exemplos de algumas destas medidas. Não implicando, necessariamente, custos elevados, estas medidas poderão assegurar uma significativa mudança da experiência de internamento pela criança e sua família. Para além da intervenção nos espaços físicos, outros autores apontam medidas como, por exemplo: a utilização de batas coloridas ou com motivos infantis; uma decoração infantil ou, ainda, o acesso, por parte da criança, a objetos adequados aos seus gostos, interesses e nível desenvolvimental[1,20].

Medidas implicando elementos externos ao hospital

O crescente reconhecimento do impacto psicossocial do internamento hospitalar na criança e sua família, tem permitido, tal como visto até aqui, um gradual desviar do olhar da doença/situação clínica de que a criança é portadora para a pessoa "por detrás" do corpo doente e para as suas necessidades[1,15,27]. Adicionalmente, a própria concepção do hospital como um ambiente de dor e sofrimento passou, gradualmente, a dar lugar a um outro olhar, onde experiências que aliam a arte, a recreação, o lazer ou o humor passaram a assumir maior expressão entre as propostas de intervenção pediátrica[9,20,38,48].

Dadas as especificidades destas intervenções, e a exigência de *skills* que vão para além do leque de competências dos profissionais que prestam cuidados à criança, grande parte destas experiências são promovidas por agentes externos ao hospital. Delas são exemplo: as sessões de magia[49], o conto de histórias[50], a música e os animais[51], ou os palhaços de hospital[48,52]. O seu fim último prende-se com a oferta de um ambiente mais acolhedor para a criança (e sua família), no qual esta se sinta motivada e estimulada a participar, se relacionar, explorar e/ou brincar de forma mais ativa[53]. De entre estas, os palhaços de hospital têm vindo a conquistar um lugar privilegiado, sendo crescente o reconhecimento e atenção dada ao seu trabalho, tanto ao nível da sociedade em geral como no seio da própria comunidade científica que, na última década, foi sucessivamente relevando a mensuração e análise dos seus benefícios ao nível do bem-estar da criança e dos demais atores pediátricos.

A arte *clown* em contexto pediátrico

Na ótica de Wuo[54], a arte *clown* no hospital é um canal privilegiado de "trânsito" de elementos essenciais a um processo contínuo de transformação, no qual a técnica artística – aliada à criatividade e à imaginação – surge como ferramenta-chave à introdução do lúdico e do humor nas diversas situações hospitalares.

A sua aparência assemelha-se, muitas vezes, à de um médico ou de um enfermeiro, usando batas, e a sua intervenção é organizada com recurso a instrumentos e procedimentos do dia a dia hospitalar, mescladas com truques, proezas e recreações "importadas" do mundo do circo e do teatro, podendo, por exemplo, um simples exame de otorrinolaringologia converter-se num jogo onde, inusitadamente, bolas de sabão "brotam" do ouvido da criança[55].

Enquanto promotores e facilitadores do riso, os palhaços, de acordo com a autora, propagam um conforto que não se pode ver nem tocar, proporcionam um conforto interior, insubstituível, e até espiritual,[55] e que concorrem para a "transformação" de que nos fala Wuo[54]. Tal como diz esta última autora, na interação com o palhaço "o paciente pode dançar, rir, correr, representar personagens e jogar […] o corpo doente transforma-se […] num corpo vivo, alegre, expressivo e criativo […] procurando a sua recuperação" (p. 40).

Fazer com que a criança se sinta especial e única é uma das missões do palhaço. Esta é alcançada, quer por intermédio de visitas individualizadas ao quarto da criança, quer, entre outros, pela sua capacidade de aceitar os erros e transformá-los em recursos, enobrecendo a atitude do outro por mais absurda que ela seja ao olhar racional[15], podendo esta abordagem ter repercussões na autoestima da criança e dos demais interlocutores do palhaço.

Tal como diz Melo[46], no contexto pediátrico, a arte não é mero entretenimento, mas, sim, uma forma de linguagem que permite a comunicação com os outros, e que cria a possibilidade de organizar percepções, sentimentos e sensações. No caso da criança, a arte do palhaço permite-lhe expressar-se livremente, e promover a sua autonomia, criatividade e exploração do mundo, possibilitando-lhe, assim, ampliar o seu conhecimento sobre o mesmo e promover o seu desenvolvimento psicossocial. Trata-se de um excelente meio para canalizar, de maneira positiva, as variáveis do desenvolvimento da criança hospitalizada e neutralizar os fatores afetivos negativos associados à doença e à hospitalização[56]. Adicionalmente, segundo estes últimos autores, a arte do palhaço poderá também ter efeitos preventivos, evitando, por exemplo, o aparecimento e/ou instalação de algumas disfunções que possam comprometer o seu normal desenvolvimento.

A par dos ganhos já referidos, Masetti[15] aponta a arte *clown* em contexto hospitalar como podendo concorrer para a criação de novas relações entre as situações, e o quebrar da lógica da previsibilidade, pelo facto de propor soluções incomuns no confronto com determinadas situações do cotidiano hospitalar. A presença e atuação do palhaço no hospital abrem a possibilidade de (não só à criança mas, também, aos adultos à sua volta) perceber os acontecimentos por meio de novas perspectivas, ampliando a percepção da realidade habitualmente construída. Ao ver a realidade hospitalar pelos olhos do palhaço, por exemplo, a criança passa a descobrir o divertimento nos aparelhos médicos e constrói um novo olhar sobre a doença, a hospitalização e muito do que envolve esta nova realidade[57]. Assim, o tubo do soro transforma-se numa grande palhinha e o soro é batido de chocolate; os eletrocardiogramas são televisões; a desinfeção das salas é feita com bolas de sabão; as cadeiras de rodas servem para fazer corridas; e os aparelhos de radioterapia são transformados em rádios com música para dançar. Com isto, pretende-se que os procedimentos médicos sejam desconstruídos e reconstruídos ao ritmo da imaginação de cada um.

Refira-se que Moreira[57] salienta que, apesar de a intervenção dos palhaços investir na desconstrução da realidade, esta não é encoberta ou escondida; pois as brincadeiras do palhaço estão, em muitas situações, de um outro prisma, ministrando, de forma lúdica, os tratamentos a que é habitualmente sujeita. Moreira[57] salienta, também, que estas brincadeiras não diminuem, de forma direta, as dores e o sofrimento da criança, mas, sim, o medo perante os procedimentos responsáveis por eles. Segundo a autora, por intermédio destas brincadeiras, a criança tem a oportunidade de ver o tratamento e a doença de outra forma, ganhando predisposição para se sujeitar aos mesmos,

tornando-os, geralmente, menos penosos, dolorosos e/ou traumáticos. Esta abordagem poderá ter particular utilidade, por exemplo, nas situações de preparação da criança para uma cirurgia, uma vez que permite a antecipação de alguns dos procedimentos de que será alvo, bem como da dor e limitações que poderão estar presentes no período pós-operatório[52].

Acrescente-se que, embora o paciente pediátrico seja um dos principais focos da sua intervenção, o impacto dos palhaços expande-se a um público mais alargado, "contaminando" outros atores e dimensões do espaço pediátrico, tal como se foi deixando transparecer até aqui. Efetivamente, várias são as evidências que revelam iguais benefícios da presença dos palhaços no contexto pediátrico em dimensões como: a relação da criança com os médicos e restante equipe de cuidados; a relação da criança com os pais/acompanhantes e destes últimos com os profissionais de saúde; a relação existente no seio da equipe de profissionais; ou, por exemplo, a relação da criança e seus pais com a doença, tratamento e a experiência de internamento[22,55,58].

Reflexões finais

Considerando algumas das reflexões que as leituras efetuadas nos suscitaram, parece-nos pertinente, em primeiro lugar, destacar, à semelhança de Oswald[59], o contrassenso de falarmos da necessidade de humanização em contexto hospitalar. Efetivamente, esta problemática é, nos nossos dias, centro de muitas atenções, dado que, ao conceito de humanização, está ligado o conceito de qualidade, temática muito relevante no âmbito dos países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, como é o caso específico de Portugal. A obtenção da certificação de qualidade tornou-se, atualmente, uma das maiores preocupações das organizações públicas ou privadas, sociais ou empresariais. É, no entanto, importante compreender que, tal como diz Brito,[60] "Não é possível humanizar a gestão das organizações sem melhorar a qualidade, da mesma maneira que a procura da qualidade [...] traz consigo necessariamente a humanização das instituições" (p.33). A revisão de literatura efetuada conduziu-nos à ideia incontornável de que a humanização, em contexto hospitalar, independentemente do país e das políticas públicas de saúde existentes, é um conceito e uma prática que visam, fundamentalmente, melhorar a qualidade de vida dos usuários. Reiterando, humanização e qualidade de vida são dois conceitos indissociáveis que se interpenetram de tal forma que um se torna condição necessária à existência do outro.

Significativo é, também, compreender o facto de o conceito 'qualidade de vida' ser entendido na perspetiva da OMS[61] como um conceito amplo, que abrange tanto a saúde física como psicológica da pessoa, o seu nível de independência assim como as suas relações sociais, suas crenças e convicções.

Nesta ótica, qualidade de vida e humanização não podem ser entendidas na mera perspetiva da preocupação pela melhoria da qualidade e eficácia dos serviços, mas, sim, na perspetiva holista e integral que caraterizam o ser humano, entendido como uma unidade complexa. Assim, o corpo doente não pode ser considerado apenas um dado biológico, mas, antes, um espaço psíquico, um substrato e via de expressão das emoções, do pensamento, da inteligência, da afetividade e da espiritualidade. Na esteira desta conceção holista, inter-relacional e dinâmica de entender o ser humano, humanizar e melhorar a qualidade de vida, em contexto hospitalar, particularmente em pediatria, corresponderá, certamente, a uma elevação da qualidade dos serviços a prestar, os quais não podem ser entendidos no sentido restrito dos procedimentos técnicos, e dos atos e resultados permitidos pelos cada vez "mais sofisticados aparelhos de diagnóstico e/ou as técnicas cirúrgicas mais precisas" (p.33) que Brito[60] menciona. Assim, a qualidade dos serviços tem também de incluir os aspetos subjetivos, qualitativos e incomensuráveis caraterísticos "da relação interpessoal especialíssima" entre doente e médico e com os outros profissionais de saúde" [59] (p. 27).

Decorrente deste raciocínio, realçamos a necessidade da promoção de relações pessoais positivas e significativas, para potenciar um sentimento de bem-estar – tanto da criança como do seu acompanhante –, bem como de confiança no hospital e, em particular, nos seus serviços e profissionais. Desta forma, as relações interpessoais – tanto entre a equipe de cuidados e o paciente, como entre os elementos desta equipe – devem ser repensadas. As primeiras devem assentar nos sentimentos

de empatia e solidariedade com o sofrimento alheio, bem como no recurso a "linguagens", códigos e valores comuns, uma vez que os níveis tanto de formação pessoal como académicos podem ser diferentes. De entre estes valores, o respeito deverá nortear todo o processo, devendo a pessoa hospitalizada ser olhada para além de um corpo e de uma condição clínica que conduziu ao seu internamento. Como João dos Santos[62] refere, o mais importante em medicina é a *relação* humana. De acordo com o mesmo autor, só uma relação e comunicação autênticas possibilitarão ao paciente comunicar o que pensa, sente e necessita, e, ao médico/seus cuidadores, compreender, devidamente, o que é reportado por este: "sem relação, não concebemos um diagnóstico humanamente válido […] o importante é a relação, o contacto e a acção terapêutica deste contacto, para além da observação objectiva e da colheita das queixas, sinais e sintomas"[62] (p. 71).

Pensamos ser precisamente nesta caraterística fundamental da relação e do seu potencial terapêutico – incontornáveis a um processo de humanização – que se inscreve a crescente relevância que a intervenção dos palhaços de hospital tem vindo a adquirir, tanto ao nível da comunidade civil e do senso comum, como da comunidade científica.

Estudos recentes acerca do papel da relação e das emoções na saúde corroboram as ideias anteriores ao evidenciarem que o

> corte e a dor custam menos quando são acompanhados por uma expressão de bondade e de interesse. Ser notado, sentido e cuidado alivia a dor de uma forma muito significativa. A indiferença e a rejeição amplificam-na […] um tom de voz que mostre interesse e envolvimento emocional faz com que as palavras do médico pareçam ajudar mais […] quanto mais satisfeitos ficam os pacientes, melhor recordam as instruções do médico e mais fielmente as seguem.[63] (p. 368; 371)

Em contexto pediátrico, esta faceta assume, ainda, maior relevância pela maior vulnerabilidade desenvolvimental da criança. Neste sentido, a intervenção dos palhaços do hospital não é puro entretenimento, mas, sim, uma forma de melhorar a comunicação, a relação e a aceitação da hospitalização e dos tratamentos, constituindo-se num fator importante de promoção de bem-estar e melhoria da qualidade de vida da criança hospitalizada.

Se a certificação e a qualidade são referenciais dos organismos da sociedade atual, a humanização dos serviços de saúde é uma meta incontornável, dado ter o seu ponto axial na qualidade e adequada relação intersubjetiva que, em termos éticos, é exigida "pelos mais fundamentais valores da pessoa humana, que por estar ou se apresentar doente, nada perde da sua dignidade, liberdade e autonomia"[59] (p. 27).

Se a humanização dos serviços de saúde é um ideal para o qual todos pretendem caminhar, a intervenção dos palhaços de hospital deve ser entendida como um significativo fator facilitador e promotor desse ideal.

Colaboradores

Os autores participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Parcianello AT, Felin RB. E agora doutor, onde vou brincar? Considerações sobre a hospitalização infantil. Barbarói Santa Cruz do Sul. 2008; 28:147-66.

2. Motta A, Enumo SRF. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. Psicol Estudo. 2004; 9(1):19-28.

3. Machado MM, Gioia-Martins D. A criança hospitalizada: espaço potencial e o palhaço. Bol Inic Cient Psicol. 2002; 3(1):34-52.

4. Valiate F, Tozzi V. A busca da humanização no ambiente hospitalar através dos Especialistas do Riso. Com Saúde [Internet]. 2001 [acesso 2010 Jan 6]. Disponível em: http://www.projetoradix.com.br/dsp_abstr.asp?fuseaction=10a&id=173

5. Vaitsman J, Andrade GR. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Cienc Saude Colet. 2005; 10(3):599-618.

6. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948 [acesso 2010 Jan 6]. Disponível em: https://dre.pt/comum/html/legis/dudh.html

7. Bergan C, Bursztyn I, Santos MCO, Tura LFR. Humanização: representações sociais do hospital pediátrico. Rev Gaucha Enferm. 2009; 30(4):656-61.

8. Angnes DI, Bellini MIB. Política de humanização da assistência à saúde/RS: trajetória e consolidação. Bol Saude 2006; 20(2):11-20.

9. Mota RA, Martins CGM, Véras RM. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. Psicol Estudo. 2006; 11(2):323-30.

10. Duarte MLC, Noro A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. Rev Gaucha Enferm. 2010; 31(4):685-92.

11. Machado EP, Haddad JGV, Zoboli ELCP. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica. Bioethikos. 2010; 4(4):447-52.

12. Sá MC. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde. Interface Comunicação Saúde Educação. 2009;13(1):651-64.

13. Lanzieri PG, Claro LBL, Bragança FCR, Montezano VRS, Silva CS. "Boa noite, bom dia HUAP!", uma experiência de humanização na formação de profissionais na área da saúde. Interface (Botucatu). 2011; 15(36):289-97.

14. Cruz J. Que médicos queremos? Uma abordagem a partir de Edmund D. Pellegrino. Coimbra: Almedina; 2012.

15. Masetti M. Ética da Alegria. São Paulo: Sinergias; 2011.

16. Minayo MC, Sanches O. Quantitivo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saude Publ. 1993; 9(3):239-48.

17. Collet N, Rozendo CA. Humanização e trabalho na enfermagem. Rev Bras Enferm [online] [Internet]. 2003 [acesso 2013 Mar 22]; 56(2):189-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672003000200016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

18. Minayo MC. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. Cienc Saude Colet. 2004; 11(9):15-29.

19. Morais GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. Acta Paul Enferm. 2009; 22(3):323-7.

20. Almeida I. Representações e expectativas dos profissionais dos serviços de pediatria do Hospital de Braga relativamente à intervenção dos "Doutores Palhaços" [dissertação]. Braga: Universidade do Minho; 2012.

21. Barros L. Psicologia pediátrica: perspetiva desenvolvimentista. 2a ed. Lisboa: Climepsi; 2003.

22. Gomes GC, Erdmann AL. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. Rev Gaucha Enferm. 2005; 26(1):20-30.

23. Troostwijk TD. The hospital clown: a cross boundary character. In: Litvack AD, editor. Making sense of: stress, humour and healing. Oxford: United Kingdom; 2006. p. 73-5.

24. Presidência da República Brasileira, Casa Civil. Estatuto da Criança e Adolescente. 13 de julho de 1990 [acesso 2013 Jan 6]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

25. Doca FNP, Junior ÁLC. Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. Paidéia. 2007; 17(37):167-79.

26. Paula E, Foltran E. Brinquedoteca hospitalar: direito das crianças e adolescentes hospitalizados. Conexão [Internet]. 2006 [acesso 2010 Nov 15]; 3. Disponível em: http://www.uepg.br/revistaconexao/revista/edicao03/artigo4.pdf

27. Mazur A, Batista GL, Andreatta D, Ribas M, Campos T. O processo de hospitalização da criança sob a ótica do familiar. 25 [Internet]. 2005 [acesso 2011 Mar 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/834.htm.

28. Redondeiro M. O quotidiano hospitalar da criança: constrangimentos e possibilidades de desenvolvimento [dissertação]. Braga: Universidade do Minho; 2003.

29. Masetti M. Soluções de palhaços: transformações na realidade hospitalar. São Paulo: Palas Athena; 1998.

30. Meisel V, Chellew K, Ponsell E, Ferreira A, Bordas L, García-Banda G. The effect of "hospital clowns" on distress and maladaptive behaviours of children who are undergoing minor surgery. Psicothema. 2009; 21(4):604-9.

31. Melnyk B, Alpert-Gillis L, Fischbeck N, Crean HF, Johnson J, Fairbanks E, et al. Creating opportunities for parent empowerment: program effects on the mental health/coping outcomes of critically Ill young children and their mothers. Pediatrics. 2004; 113(6):597-697.

32. Trianes MV. O stress na infância. Lisboa: Edições Asa; 2004.

33. Junqueira MF. A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiência. Est Psicol. 2003; 8(1):193-7.

34. Schmitz SM, Piccoli M, Vieira CS. A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: uma reflexão para a enfermagem. Cienc Cuidado Saude. 2003 2(1):67-73.

35. Butler R, Green D. The child within: taking the young person's perspetive by applying personal construct psychology. 2a ed. London: John Wiley & Sons; 2007.

36. Goldenstein E. Um estudo preliminar sobre humanização hospitalar: dando voz a médicos de UTI pediátrica. São Paulo: Pontífica Universidade Católica; 2006.

37. Oliveira LDB, Gabarra LM, Marcon C, Silva JLC, Macchiaverni J. A brinquedoteca hospitalar como factor de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2009; 19(2):306-12.

38. Barros L. As consequências psicológicas da hospitalização infantil: prevenção e controle. Anal Psicol. 1998; 15(1):11-28.

39. Darbyshire P. Parents, nurses and pediatric nursing: a critical review. J Adv Nurs. 1993; 18(11):1670-80.

40. Kumamoto LH, Barros RT, Carvalho RN, Gadelha EM, Costa R. Apoio à criança hospitalizada: proposta de intervenção lúdica. In: Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária de Belo Horizonte; 12 a 15 de setembro; 2004 [acesso 2013 Jan 6]. Disponível em: https://www.ufmg.br/congrext/Saude/Saude23.pdf

41. Tavares P. "Acolher brincando". A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada [dissertação]. Porto: Universidade do Porto; 2008.

42. Kiche MT, Almeida F. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. Acta Paul Enferm. 2009; 22(2):125-30.

43. Oliveira AS, Luengo FC, Barros FO. Brinquedoteca: proporcionando reflexões sobre três exemplos significativos. s/ d [acesso 2013 Mar 22]. Travessias [Internet]. Disponível em: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fe-revista.unioeste.br%2Findex.php%2Ftravessias%2Farticle%2Fdownload%2F3273%2F2586&ei=jrFeUe_1K7KP7AbzjICACg&usg=AFQjCNHT-w-CNUYNQHMH6iGFoP2lz2Mo6A.

44. Favero L, Dyniewicz AM, Spiller A, Fernandes L. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de enfermagem: relato de experiência. Cogitare Enferm. 2007; 12(4):519-24.

45. Oliveira R, Oliveira I. Os Doutores da Alegria na unidade de internação pediátrica: experiências da equipe de enfermagem. Rev Enfermagem. 2008; 12(2):230-6.

46. Melo A. A terapêutica artística promovendo saúde na instituição hospitalar. Ibérica: Revista Interdisciplinar de Estudos Ibéricos e Ibero-Americanos. 2007; 1(3):159-89.

47. Mitre R, Gomes R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. Cienc Saude Colet. 2004; 9(1):147-54.

48. Masetti M. Boas misturas. São Paulo: MMD Editores; 2003.

49. Hart R, Walton M. Magic as a therapeutic intervention to promote coping in hospitalized pediatric patients. Ped Nursing. 2010; 36(1):11-7.

50. Mussa C, Malerbi KF. O impacto da atividade lúdica sobre o bem-estar de crianças hospitalizadas. Psicol Teoria Pratica. 2008; 10(2):83-93.

51. Vagnoli L. Clown, musica, animali: attività di supporto nell'ospedale pediatrico. Giornale Italiano di scienze Infermieristiche pediatriche. 2010; 2(2):64-7.

52. Fernandes S, Arriaga P. The effects of clown intervention on worries and emotional responses in children undergoing surgery. J Health Psychol. 2010; 15(3):405-15.

53. Lima R, Azevedo E, Nascimento L, Rocha S. A arte do teatro clown no cuidado às crianças hospitalizadas. Rev Esc Enfermagem-USP. 2009; 43(1):186-93.

54. Wuo AE. O clown visitador no tratamento de crianças hospitalizadas [dissertação]. Campinas: Univeridade Estadual de Campinas; 1999.

55. Achcar A. Palhaços de Hospital: proposta metodológica de formação [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

56. Valladares A, Carvalho A. A arterapia e o desenvolvimento do comportamento no contexto da hospitalização. Rev Esc Enfermagem-USP. 2006; 40(3):350-5.

57. Moreira R. Dissonâncias cognitivas: o impacto do Doutor Palhaço numa enfermaria pediátrica. Lisboa: Centro de Estudos da Operação Nariz Vermelho; 2005 [acesso 2011 Maio 21]. Disponível em: http://repositorio.ipl.pt/

58. Masetti M, Caires S, Brandão D. Health staff perceptions regarding the work of Doutores da Alegria's Hospital clowns. In: Third International Conference on Health, Wellness, and Society; 15-16 March 2013; Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo, Brazil; 2013. (s/p)

59. Oswald W. Para uma humanização da saúde. In: Serviço de Humanização do Hospital de S. João. Livro branco da humanização. Porto: Hospital de S. João; 2008. p. 25-8.

60. Brito P. Humanização, o outro nome da qualidade. In: Serviço de Humanização do Hospital de S. João. Livro branco da humanização. Porto: Hospital de S. João; 2008. p. 31-4.

61. Organização Mundial de Saúde. Men, ageing and health: achieving health across the span. Geneve: OMS; 2001.

62. Branco ME. João dos Santos saúde mental e educação. Lisboa: Coisas de Ler; 2010.

63. Goleman D. Emoções destrutivas. Mafra: Círculo de Leitores; 2006.

Esteves CH, Antunes C, Caires S. Humanización en contexto pediátrico: el papel de los payasos en la mejora del ambiente vivido por el niño hospitalizado Interface (Botucatu). 2014; 18(51):697-708.

Valorizando la importancia de los aspectos psicosociales de la internación pediátrica y buscando al niño "por detrás" del cuerpo enfermo, varios hospitales han invertido en la humanización de sus espacios, rutinas y atmósfera, promovendo ambientes acogedores y atenuadores de las experiencias negativas vividas por el niño durante la internación. En el presente artículo, juntamente con un intento de sistematización de esfuerzos hasta la fecha en el ámbito de la definición de "humanización", principalmente en el contexto pediátrico, se reflexiona sobre las potencialidades de algunos programas existentes, principalmente aquellos que unen el arte, la recreación, el ocio y el humor como medios privilegiados de comunicación y de expresión. Entre ellos, los autores destacan la intervención de los payasos de hospital, como promotora de la libre expresión del niño, de su autonomía, creatividad, exploración y conocimiento del mundo y su desarrollo psicosocial.

Palabras clave: Pediatría. Humanización. Payasos de hospital.

Recebido em 19/06/13. Aprovado em 13/07/14.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0192

A promoção da saúde de crianças em espaço hospitalar:

refletindo sobre a prática fisioterapêutica

Miriam Ribeiro Calheiros de Sá[a]
Romeu Gomes[b]

Sá MRC, Gomes R. Health promotion among children in a hospital setting: reflections on physiotherapy practice. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):709-22.

It was analyzed the place of health promotion in professional physiotherapy practice in relation to actions aimed towards comprehensive child healthcare in hospital settings. This study had a qualitative focus based on a dialectical hermeneutic perspective. The techniques of participant observation and semi-structured interviews were used for data gathering. The principles of the method of interpretation of meanings were used in the analysis. The study was conducted among the physiotherapists at the "Fernandes Figueira" National Institute of Women's, Children's and Adolescents' Health. The discussion on the results was summarized into three thematic strands: children as the focus of physiotherapy; health promotion within the pediatric physiotherapy sector in the hospital setting; and challenges of physiotherapy regarding health promotion among children. The study revealed some peculiarities of physiotherapy practice, emphasizing limits and possibilities with regard to health promotion.

Keywords: Physiotherapy. Health promotion. Hospital setting.

Analisa-se a inserção da promoção de saúde na prática do profissional fisioterapeuta em ações voltadas para a atenção à saúde integral da criança em um ambiente hospitalar. Estudo de foco qualitativo, baseado na perspectiva hermenêutica-dialética. Para coleta dos dados, utilizaram-se as técnicas de observação participante e entrevista semiestruturada, e análise a partir de princípios do método de interpretação de sentidos. O estudo foi realizado com fisioterapeutas do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira. Três eixos temáticos sintetizam a discussão dos resultados: a criança como foco da fisioterapia; a promoção da saúde por parte da fisioterapia pediátrica em ambiente hospitalar; e desafios da fisioterapia para a promoção da saúde das crianças. Este estudo aponta para algumas peculiaridades da prática fisioterapêutica, destacando seus limites e possibilidades, voltada para a promoção da saúde.

Palavras-chave: Fisioterapia. Promoção da saúde. Ambiente hospitalar.

[a] Departamento de Ensino, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Rui Barbosa, 716, Flamengo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 22250-020. mcalheiros@iff.fiocruz.br
[b] Departamento de Ensino, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. romeu@iff.fiocruz.br

Introdução

Nos últimos trinta anos, o foco na promoção da saúde tem sido intensamente discutido e debatido. Desde 1946, a Organização Mundial de Saúde – OMS define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades[1].

Ao longo desses anos, bases conceituais e políticas da promoção da saúde foram estabelecidas. No entanto, apesar de essas bases apontarem para a integralidade, os cuidados em saúde, muitas vezes, continuam reduzidos a ações voltadas para as doenças e deficiências dos sujeitos que os recebem[2].

Revisando a literatura[3], observamos que o tema da promoção da saúde merece ser ainda mais bem desenvolvido pelos fisioterapeutas, uma vez que seus princípios não foram, ainda, integralmente incorporados à prática diária dos fisioterapeutas. Essa carência pode estar relacionada ao pouco desenvolvimento de pesquisas empíricas para se chegar a modelos de atuação voltados para esses profissionais.

Saber como esses profissionais podem integrar a promoção da saúde a suas práticas permite compreender e planejar ações sistemáticas em longo prazo desde a sua formação.

A dimensão da promoção da saúde em um ambiente hospitalar permite incorporar as ações fisioterapêuticas ao âmbito das enfermarias e unidades fechadas hospitalares. No momento das intervenções, não só a doença pode ser tratada, como, também, ações podem ser desenvolvidas para que a saúde e a qualidade de vida sejam asseguradas com protagonismo dos sujeitos. Além disso, o espaço do hospital pode ser o primeiro ou o único a ser acessado por segmentos populacionais que não estão na cobertura da atenção básica.

Para refletirmos acerca da integralidade no âmbito da atuação da fisioterapia, utilizamos, como marcos teóricos, os conceitos de *habitus* e campo, de Bourdieu.

O *habitus* se refere a um conhecimento adquirido; corresponde a matrizes social e historicamente construídas, cujo exercício será determinado pela posição social do indivíduo. Trata-se de um sistema de disposições duráveis e transponíveis – por meio de transferência de esquemas – que tanto integram as experiências passadas (estruturas estruturadas), quanto geram e organizam práticas (estruturas estruturantes) que podem servir de matriz de percepção de apreciações e de ações[4,5].

O conceito de campo pode ser considerado como o conjunto de espaços estruturados de posições ou postos passíveis de alteração ou contestação. Nele ocorre distribuição de capital específico (quantidade de acúmulos de forças) entre os agentes ou as instituições. Esse capital – que pode ser econômico, social, cultural e simbólico – é produto de lutas anteriores e orienta estratégias ulteriores. A coexistência de forças e lutas opera tanto no eixo da conservação quanto no da transformação[4,6].

A articulação dos conceitos de *habitus* e campo possibilita a compreensão da lógica subjacente à intervenção fisioterapêutica voltada para a criança e das relações entre os agentes dessa intervenção com outros profissionais que atuam no espaço hospitalar. Tal compreensão torna mais visíveis aspectos estruturantes que interferem na adoção da perspectiva da promoção da saúde voltada para a criança hospitalizada.

Com base nesses marcos conceituais, objetivamos analisar a inserção da promoção de saúde na prática do profissional da fisioterapia, em ações voltadas para a atenção à saúde integral da criança em um ambiente hospitalar. Com isso, pretendemos subsidiar a elaboração de princípios de atuação fisioterapêutica ancorada nessa perspectiva.

Método

Optamos pela pesquisa qualitativa porque tal abordagem focaliza a interpretação do cotidiano e as experiências dos sujeitos do estudo, e permite que o pesquisador seja, ao mesmo tempo, observador e partícipe do fenômeno[7,8].

Nosso referencial teórico-metodológico é a perspectiva hermenêutica-dialética, que se funda na práxis, na busca pela compreensão atrelada à análise crítica da realidade, que, processualmente, segue as etapas de confrontação, convergências e divergências das categorias[8,9].

A pesquisa ocorreu no ambiente hospitalar do Instituto Nacional da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente da Fundação Oswaldo Cruz – IFF/Fiocruz, onde destacam-se crianças cronicamente adoecidas, resultado da mudança do perfil epidemiológico pediátrico da última década[10]. Nesse campo, a fisioterapia pediátrica desenvolve-se nas instâncias neurofuncional e pneumofuncional, em acordo com as resoluções COFFITO 188 e 189[11,12]. Esse instituto é referência para o Sistema Único de Saúde nas áreas de ensino, pesquisa e assistência em saúde da mulher, da criança e do adolescente.

Os entrevistados atuavam nas unidades de internação pediátrica e nos ambulatórios de pediatria. Dos 18 fisioterapeutas do IFF/Fiocruz, 14 participaram, todos apelidados com nomes de pássaros para que permaneçam em anonimato. Os quatro que não foram entrevistados estavam lotados no Departamento de Neonatologia ou em licença médica/maternidade.

A média de idade dos 14 participantes era de 36 anos, tendo o mais jovem trinta e o mais velho 54 anos. Apenas uma pessoa era do sexo masculino.

Entre os entrevistados, seis atuavam exclusivamente na internação, cinco trabalhavam tanto nesse espaço quanto em ambulatórios, e três atuavam exclusivamente nos ambulatórios. Nesse conjunto, sete profissionais tinham mais de dez anos de prática profissional e seis não possuíam a especialidade na área de fisioterapia pediátrica quando iniciaram suas atividades na instituição.

Em termos de pós-graduação, seis possuíam especialização, seis mestrado e um doutorado.

Na coleta de dados, utilizamos a observação participante e a entrevista semiestruturada. A primeira técnica focalizou a percepção e compreensão das ações fisioterapêuticas no cotidiano, enquanto a segunda abordou o conhecimento e a aplicabilidade das ações de promoção de saúde.

A análise das entrevistas e do diário de campo gerado a partir da observação ocorreu a partir de princípios do método de interpretação de sentidos[13].

Inicialmente, elaborou-se uma estrutura de análise constituída pelas questões da entrevista e os depoimentos dos sujeitos correspondentes. Em cada classe da estrutura, também foram registradas as principais informações do diário de campo relacionadas ao conteúdo dos depoimentos. Em seguida, foram identificadas as ideias centrais e os sentidos a elas subjacentes. Nesse momento, foram identificados eixos para a elaboração de uma síntese interpretativa. Na síntese, articulou-se objetivo do estudo, perspectiva teórica, material empírico e achados de outros estudos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IFF/Fiocruz.

Apresentação e discussão dos resultados

Identificamos três eixos temáticos que sintetizam a discussão dos nossos resultados: a criança como foco da fisioterapia; a promoção da saúde por parte da fisioterapia pediátrica em um ambiente hospitalar; e os desafios da fisioterapia para a promoção da saúde das crianças. Esses eixos não constituem classes necessariamente excludentes. Ora eles se diferenciam, ora se superpõem.

A criança como foco da fisioterapia

Em geral, os sentidos atribuídos pelos entrevistados à sua profissão apontam para uma não-identificação com a criança. Alguns deles mencionam que trabalhar com elas não era sua escolha inicial na profissão, enquanto outros têm dificuldades para lidar com esses sujeitos.

> "[...] não foi uma escolha trabalhar com criança nem nesta área [...]". (Beija-flor)

> "Não gostava. Achava a coisa mais difícil do mundo". (Bem-te-vi)

> "Minha formação foi praticamente nenhuma sobre o assunto". (Irerê)

Mesmo os que fizeram essa escolha mencionam desafios e dificuldades no seu exercício:

> "Foi uma opção minha trabalhar com crianças porque era um desafio. Acho mais difícil do que trabalhar com adulto". (Andorinha)

É possível que as dificuldades estejam associadas à mudança do perfil de crianças atendidas, que tendem à cronicidade. No IFF/Fiocruz, assim como em outros hospitais, nos últimos anos, as enfermarias pediátricas começaram a receber pacientes oriundos das unidades neonatais, muitas vezes dependentes de tecnologias, que requerem cuidados especializados até mesmo para a manutenção da vida. Como observa Moreira[14], esses profissionais de saúde, em particular os fisioterapeutas, ao optarem pela atuação em pediatria, vislumbravam ou conheciam outro perfil de morbimortalidade infantil. Segundo a autora, a qualificação técnica desses profissionais não acompanhou o processo de transição do perfil da população pediátrica internada em enfermarias e não tem havido discussões sobre as implicações dessas mudanças.

Isso é reforçado pelos entrevistados:

> "Eu via aquelas crianças [com encefalopatias] e pensava: deve ser um horror trabalhar assim". (Bem-te-vi)

> "Têm muitas doenças que eu nem tinha ouvido falar, e olha que a minha formação não é ruim". (Patativa)

A própria constituição da prática da fisioterapia também contribui para que essa área não se identifique muito com crianças. Tanto na formação quanto na atuação profissional, a ação fisioterapêutica reflete um *habitus* profissional fortemente baseado no modelo biomédico, com componentes anatomoclínicos que estruturam o seu agir. Segundo Bourdieu[15], sendo o *habitus* um produto da história, as práticas estruturadas nas experiências passadas, por meio das percepções, pensamentos e ações, levam o indivíduo a reproduzir as regularidades das condições nas quais o *habitus* foi produzido. Assim, cada sistema de disposição individual é uma variante estrutural dos outros membros do mesmo grupo ou classe. Observamos que princípios de atenção integral à saúde, em particular à criança cronicamente adoecida, parecem ausentes tanto nos modelos teóricos como nos dos políticos da saúde coletiva.

Ao refletir sobre a formação dos profissionais fisioterapeutas para atuarem no SUS, Gallo[16] destaca que "[...] a graduação preocupa-se em formar um fisioterapeuta crítico-reflexivo e generalista, porém tanto os campos de estágios como as metodologias de ensino contribuem para uma formação ainda centrada na doença e que valoriza a especialidade do conhecimento" (p. 157).

Para mudar isso, é necessário que os esquemas de pensamento e de ações sejam renovados de tal modo que, em vez de a doença se sobrepor aos sujeitos, estes possam assumir o primeiro plano do foco de atenção, constituindo uma nova praxiologia fisioterapêutica.

Além disso, é preciso que a fisioterapia invista mais na produção do conhecimento voltado para a atuação com a criança.

> "Tem muita gente que tenta aplicar terapia de adulto para a criança". (Colibri)

> "À época não existia [na faculdade] uma teoria que fundamentasse um conhecimento específico na área de pediatria". (Irerê)

A necessidade da mudança é reforçada pela revisão sistemática de Sá e Gomes[3], que constata o pouco investimento na fisioterapia voltada para a promoção da saúde da criança, comprometendo o desenvolvimento de modelos de atenção integral à saúde da criança.

Junto a isso, com base nas falas e nas observações, constatamos que, no próprio campo da fisioterapia, a especialidade pediátrica é vista como uma área "menor" e pouco valorada pelos pares profissionais.

Nos primórdios da constituição da medicina ocidental moderna, a temática da infância não se sobressaía[17-22]. A pediatria nasceu como um movimento da sociedade ocidental, a partir da ascensão do capitalismo e do Estado moderno, que passa a valorizar o cidadão, e, portanto, a preocupar-se com sua formação e desenvolvimento, atentando-se para os cuidados durante a infância. Até então, havia uma desvalorização quase completa da vida biológica da criança[21,22]. A Pediatria, como especialidade médica, surge no final do século XVIII, no rastro das modificações socioculturais próprias da Modernidade e das Luzes, pois, até o século XVII, a saúde e a educação das crianças eram responsabilidade da família. Costa[18] chama atenção para o fato de que, ainda no período colonial brasileiro, a estrutura familiar relegava a criança a uma espécie de limbo cultural, no qual permanecia até a puberdade. A partir do século XIX, os serviços de saúde passaram a garantir a reprodução da capacidade de trabalho dos indivíduos. A medicina passou a ser a mais importante aliada do Estado moderno para que essas modificações ocorressem: primeiro, por meio da higiene; depois, da puericultura, e, contemporaneamente, pela saúde materno-infantil. Assim, só foi possível pensar uma especialidade médica para as crianças quando essas passaram a ter um estatuto que lhes conferisse um lugar social específico.

No Brasil, a pediatria somente se desenvolveu entre o final dos anos de 1960 e o início dos 70[17]. Vila e Rossi[23] destacam que, se comparada a outras áreas do saber médico, a medicina pediátrica incorporou tardiamente os achados da anatomia patológica.

Especificamente em relação à fisioterapia pediátrica, Sahrmann[24] observa que ela surgiu enquanto recurso para o tratamento das sequelas da poliomielite, o que ocorreu na década de 1950. Segundo a autora, desde então, predominou o tratamento de determinado sistema anatômico devido, geralmente, à prevalência de determinada deficiência física (sequela), esta causada por um problema médico específico. Diferentes conceitos básicos para a atuação fisioterapêutica foram criados em cada uma dessas épocas, influenciando tanto as características da profissão como os métodos utilizados.

No que tange à pediatria, especialmente, as ações na área de saúde coletiva carecem de desenvolvimento; e, apesar de algumas tentativas de inserção dos fisioterapeutas em tais campos, poucas experiências têm sido apresentadas pela literatura nessa direção.

A promoção da saúde por parte da fisioterapia pediátrica em um ambiente hospitalar

Em geral, nas falas dos entrevistados, observamos que as ações de promoção de saúde estão ausentes em grande parte de sua prática profissional. Isso se deve a sua formação pouco ou nada focada na saúde em geral, particularmente na perspectiva do cuidado em saúde. Como dizem nossos entrevistados:

> "Na faculdade, se preocupou só com o tratamento [...] faltou [...] a questão do sistema de saúde". (Bico de Lacre)

> "Eu acho que a gente se especializou em doença, a gente pensa pouco e vê pouco a saúde ainda mais aqui [no IFF]". (Melro)

> "Talvez nós pudéssemos estar mais envolvidos aí com as políticas públicas de saúde, que é uma coisa que nós temos bastante dificuldade". (Irerê)

Os relatos dos diários de campo destacam uma prática ainda focada na atenção aos aspectos clínicos ou de agudização da doença de base, com uma preocupação em mensurações, assim como em práticas resolutivas de situações mais imediatas, e na reabilitação funcional das crianças atendidas. Como transparece na fala de um dos entrevistados:

> "Às vezes eu me sinto assim... é muita criança e muita criança grave... Eu me sinto assim, apagando um pouco os incêndios...". (Patativa)

Observamos que, em alguns ambientes de ambulatório onde não existe a necessidade de tratar as crianças, dado que elas ali estão para seguimento, há uma preocupação dos profissionais em acompanhar mais a questão do cuidado ampliado com as questões sociais da criança e de sua família. Isso pode ser explicado pelo fato de as crianças atendidas nos ambulatórios especializados serem acompanhadas por um longo período e, por conta disso, serem frequentemente orientadas, elas e/ou seus familiares, em situações particulares ou momentos específicos ao longo do período de atendimento.

Historicamente, observamos que, de modo geral, a implantação das ciências biomédicas no Brasil apoiou-se nos modelos de formação de especialistas e os limitou a uma atuação direcionada ao indivíduo doente. Nesse contexto, a formação do fisioterapeuta seguiu o modelo biomédico. Ao construir um olhar de profundidade sobre o corpo humano, a racionalidade biomédica desencadeou um desenvolvimento tecnológico sem precedentes e tornou-se hegemônica, apesar da fragmentação e redução do sujeito[25]. Nogueira[26] destaca que a medicina ocidental, deslocando-se de uma arte de curar indivíduos, torna-se "definitivamente uma 'ciência das doenças'" (p. 3).

No Brasil, a demanda inicial para a criação dos cursos de fisioterapia surgiu a partir da necessidade de oferecer atendimentos de reabilitação aos pacientes com sequelas de síndromes neurológicas, o que ocorreu na década de 1950. Na ocasião, e para atender essa demanda, as instituições de ensino que criaram os primeiros cursos se basearam em modelos importados dos Estados Unidos e do Canadá[27,28]. Importante destacar que, no Brasil, à semelhança de outros países, em particular na América Latina, houve grande influência do Movimento Internacional de Reabilitação e da Organização das Nações Unidas, no sentido de um processo de difusão tecnológica dos países desenvolvidos para os periféricos, com a criação de centros de reabilitação e, também, de cursos/escolas de reabilitação[29].

Entretanto, desde a década de 1980, a atuação do fisioterapeuta não se restringe aos campos curativo e de reabilitação. Com a introdução da fisioterapia e da terapia intensiva nos ambientes hospitalares, ocorreu uma ampliação do campo de atuação desse profissional, que, progressivamente, inseriu-se nas áreas de atenção primária e preventivas da saúde. A partir da reforma sanitária, ocorreu um aumento ainda mais importante de inserção profissional, culminando com a progressiva participação dos fisioterapeutas nas equipes de atenção básica à saúde, como, também, na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Barros[28] destaca que, a partir da década de 1990, no meio da fisioterapia brasileira, inicia-se um afastamento da exclusividade da reabilitação, para que a promoção da saúde também fosse contemplada, aproximando-se, assim, da saúde coletiva e inserindo suas ações em todos os níveis de atenção à saúde.

Assim, o fisioterapeuta é chamado a redimensionar o seu papel e a sua função na sociedade; ele deve repensar suas práticas, tornando-as transformadoras e condizentes com os pressupostos do SUS, e, assim, participar de um novo modelo de atenção à saúde, agora não mais fragmentado como até então.

A despeito desses avanços, o *habitus* dentro do campo ainda é voltado para ações de reabilitação. Ao olhar retrospectivamente para a inserção dos fisioterapeutas no mercado de trabalho, notamos que a fragmentação da especialidade repercute, diretamente, sobre a elaboração de programas de ação em saúde, com baixa estratégia de investimentos na promoção da qualidade de vida na população.

Bispo Júnior[30] chama atenção para a necessidade de estruturação dos cursos de fisioterapia a partir dos princípios do SUS para ampliar o campo profissional e promover mudanças epistemológicas nos saberes e nas práticas, com vistas a incorporar modelos conceituais da dimensão da integralidade para a promoção da saúde.

Certamente, o sucesso na utilização de um novo conceito ou de achados de pesquisas está diretamente relacionado à maneira como a nova informação pode ser integrada ao conhecimento organizado e preexistente dos fisioterapeutas, modificando, assim, o *habitus* e a prática até então existente.

Outro aspecto que se destaca é a questão da autonomia da criança no ambiente hospitalar. Nos relatos dos diários de campo, nota-se que, ao mesmo tempo que os profissionais de saúde agem de maneira afetiva e solidária em relação às crianças, eles também – paternal e autoritariamente –

estabelecem prescrições a serem seguidas por elas, com orientações diversas sobre procedimentos e cuidados. Do nosso ponto de vista, essa é uma postura ambígua ou paradoxal, já que, em muitas ocasiões, tais prescrições não deixam margem à menor possibilidade de participação ou negociação por parte da criança ou de seus familiares na tomada de decisões sobre as condutas terapêuticas a serem adotadas. Um aspecto que emerge nessa discussão é acerca de quão reconhecida é a criança, e, em especial, a criança doente (e seus familiares), como sujeito ativo no processo de cuidado e nas políticas de saúde; e quão respeitada e considerada é sua autonomia na participação dos processos decisórios da conduta terapêutica que lhe é prescrita. Duarte e Moreira[31] reconhecem que: "[...] autonomia não equivale à independência, mas à interação como elemento importante em saúde, uma interação baseada na ação em rede, construída pela interdependência das ações, diálogo e intersecções" (p. 691).

Outro ponto voltado para a promoção da saúde, que se levanta como uma estratégia de cuidado ampliado, é procurar saber quanto o sujeito da ação – a criança – tem sido, efetivamente, alvo da atenção das ações da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)[32]. Tomando por premissa os artigos 1º e 7º da Lei 8.080[33] – ao destacar que as ações de saúde devem se voltar para a promoção de modos de viver favoráveis à saúde de maneira abrangente e integrada –, e se levarmos em conta que, a partir da segunda metade da década de 1990, a promoção da saúde vem sendo referida baseando-se nos conceitos propostos pela mencionada lei, inferimos ter havido uma mudança nos modelos de cuidado e no assistencial, tendo sido o eixo *patologia-controle de doenças* deslocado para o de *saúde/promoção em saúde*. Segundo, ainda, a PNPS, a promoção da saúde surge como uma estratégia potencialmente capaz de tornar-se o eixo norteador de todas as ações e práticas em saúde nos diferentes contextos, como seus desdobramentos na prática profissional[2].

Desafios da fisioterapia para a promoção da saúde das crianças

A busca por uma abordagem especificamente voltada para crianças, evocada pelos entrevistados, e a ausência, de uma maneira geral, de ações de promoção de saúde em suas práticas nos fazem refletir sobre os limites e desafios da fisioterapia para a promoção da saúde da criança em ambientes hospitalares.

Nesse sentido, tais limites e desafios se constituem muito mais pelo que os sujeitos *não disseram* e *não expressaram* em suas ações (por nós observadas) do que por suas respostas às questões da entrevista.

Entretanto, a despeito de a falta de formação em uma abordagem específica para crianças ser referida por alguns dos entrevistados, cumpre destacar que toda a equipe de fisioterapia em foco utiliza variados recursos e técnicas específicas voltadas para o cuidar. Pode-se inferir, assim, que a formação generalista da graduação serviu-lhes de base para o exercício do cuidado dessa população, ainda que alguns tenham sentido necessidade de buscar aprimoramento com vistas à especificidade do cuidado da saúde de crianças.

Inicialmente, levantamos algumas questões importantes quanto à prática fisioterapêutica voltada a ações de promoção da saúde em um ambiente hospitalar: a despeito de as novas diretrizes curriculares – estabelecidas em parecer pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) em 2002[34] – já enfatizarem a necessidade de delimitar as competências para a formação profissional, observa-se uma inadequação nessa formação no que diz respeito à atuação do fisioterapeuta na atenção integral à saúde, como preconiza o SUS. Além disso, temos as questões que se apresentam durante a reflexão, a saber: como realizar ações de promoção à saúde em um ambiente que prioriza a doença? Qual o cenário da fisioterapia em um ambiente de alta complexidade? Como desenvolver uma atitude para a promoção à saúde da criança?

Tomando-se o ambiente hospitalar como um campo, é importante refletir sobre as ações fisioterapêuticas – que determinam e são determinadas pelo contexto no qual esse profissional se insere.

Para Bourdieu[15], campo é o espaço social capaz de repulsar, traduzir ou transformar as demandas externas. O campo é uma rede de relações objetivas dentre posições, se constituindo como um espaço de luta onde os agentes assumem posições, sendo esse espaço como um sistema no qual as posições

são aprendidas – portanto, social e historicamente colocadas. Essas posições comandam a tomada de decisões no campo. Nos hospitais, assim como em outros *settings* de saúde, há conflitos e tensões de natureza grupal e profissional, pois, naturalmente, o hospital se torna o lócus crucial para o desenvolvimento do sistema de saúde moderno ao representar a institucionalização dos conhecimentos especializados.

Também é importante refletirmos sobre a questão do hospital enquanto local de práticas, tais como a disciplina imposta pelos profissionais de saúde aos pacientes. Segundo Foucault[35], a disciplina surge como importante mecanismo de controle e dominação destinado a suprimir ou domesticar os comportamentos divergentes. Para o autor, o hospital, a escola e as prisões são instituições de docilização dos corpos. E, ao estudar os mecanismos da disciplina como poder exercido sobre os corpos, Foucault destaca que estes tornaram-se objeto e alvo do poder.

Se considerarmos o ambiente hospitalar um local de disciplina, com pouca mobilidade e inflexível frente a modificações, devendo obediência a uma conduta previamente imposta pelos agentes dominantes do capital do campo, e sendo o capital acumulado um importante elemento do campo[36], os agentes que se localizam no polo dos dominantes – em geral, profissionais de saúde e gestores – são aqueles que possuem um máximo de capital social.

Sobre o capital específico da fisioterapia, em qualquer das duas especialidades atuantes (a neurofuncional e a pneumofuncional), observamos que o fato de a criança ser aparentemente incapaz de estabelecer-se como sujeito de sua ação pode gerar um distanciamento por parte do profissional que atua com ela. Assim, e porque o distanciamento e a fragmentação da ação estão enraizados na execução das ações cotidianas por meio do *habitus* profissional, o fisioterapeuta será levado a ver sua atuação como *natural*[c], não fazendo qualquer reflexão a respeito.

O avanço tecnológico das últimas décadas aumentou o hiato entre as habilidades especiais necessárias ao exercício da atividade curativa e as demandas de saúde da população em geral. A excessiva especialização e a fragmentação – que caracterizam o modelo biotecnológico, centrado na patologia e no indivíduo – levam a uma lógica de estruturação da assistência hospitalar cuja ênfase está voltada a procedimentos e à utilização crescente de tecnologias, o que contribui para sustentar uma visão biologicista dos profissionais de saúde[25].

Frente a isso, poderíamos argumentar que os hospitais têm-se focado nos aspectos curativos das doenças, relegando a responsabilidade da promoção da saúde à atenção primária e aos serviços comunitários.

Um grande desafio apontado pela equipe de profissionais fisioterapeutas é a busca por uma promoção de saúde em um ambiente de alta complexidade, como é a realidade do IFF/Fiocruz. O fato é sintetizado no depoimento de um dos nossos entrevistados:

> "O maior desafio é articular esses diferentes saberes, fazer um trabalho realmente interdisciplinar [para pensarmos] em promoção da saúde". (Bico de Lacre)

Ao se deparar com o desafio de construir novas bases para as práticas fisioterapêuticas em um cenário de complexidade, o fisioterapeuta é confrontado pela necessidade de construir as matrizes de sua formação[37].

Em face da complexidade da abordagem da promoção da saúde em um ambiente hospitalar, apresenta-se o conceito de *setting* da Organização Mundial de Saúde (OMS) como um ambiente de contexto social onde pessoas estão

[c] Seja porque ela é criança, e, portanto, incapaz de escolher perante a sociedade, tendo uma autonomia limitada; seja porque ela é o próprio paciente e, muitas vezes, incapaz de questionar a conduta estabelecida

diariamente engajadas em atividades, sendo que, nesse local, fatores pessoais, organizacionais e ambientais estão constantemente interagindo e afetando a saúde e o bem-estar dos que por ali estão. Tais interações são ricamente complexas, com relações multivariadas, dinâmicas e sinérgicas, demonstrando quão complexo é o processo de promoção de saúde.

Em nossa observação de campo, nos diferentes *settings* de atuação dos fisioterapeutas, notamos possibilidades de um campo de aplicação dos cuidados ampliados em saúde, ainda que os profissionais não percebam ou valorizem o fato de que sua atuação concorre para a promoção da saúde das crianças. Particularmente nos ambientes de internação pediátrica – e em razão da longa permanência das crianças –, para além das ações preventivas, as estratégias de promoção da saúde poderiam favorecer uma atenção ampliada de promoção, mesmo nos casos em que existisse a vigência de comorbidades associadas, no nível de doenças já instaladas.

Ao abordar a promoção da saúde, a OMS destaca que esse conceito deve ser desenvolvido com bases em ações que envolvam métodos holísticos e multidisciplinares com ações integradas[38].

Esse ponto vem ao encontro da opinião de dois de nossos entrevistados:

> "Eu percebo muitos desafios na promoção da saúde. Acho que tem uma dificuldade de comunicação da equipe porque às vezes não valoriza tanto os outros saberes na área de saúde". (Tico-Tico)

> "[Um desafio] seria a gente conseguir se juntar mais com os outros profissionais, porque nada se decide sozinho". (Patativa)

As falas apontam a questão do trabalho em equipe como um dos nós a serem desatados na perspectiva da atenção integral à saúde. O fato de diversos profissionais estarem juntos, intervindo em um mesmo ambiente, não os torna necessariamente uma equipe de trabalho. Uma equipe de trabalho em saúde compreende o concurso de diversas ações especializadas – interdependentes e complementares, com saberes que possuem especificidades. Peduzzi[39] desenvolve o conceito de trabalho em equipe como uma modalidade de trabalho coletivo, em que se configura a relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. Já Moreira et al.[14] destacam que, muitas vezes, a valoração dos diversos saberes e especificidades dentro da equipe apresentam-se desiguais. Alertam, ainda, para o fato de que "[Em um] cotidiano de ações em saúde, delimitadas pela hospitalização [...] os processos de trabalho são definidos pela multiprofissionalidade e pelas demandas que necessariamente colocam em interação diversos corpos de conhecimento técnico, saber comum, valores, crenças e expectativas"[14] (p. 100).

Nesse aspecto, novamente, o conceito de campo de Bourdieu nos auxilia a compreender a desigualdade, pois o autor destaca que cada campo prescreve seus próprios valores e princípios de regulação. No campo, há toda uma codificação de sua produção, sendo que a habilidade em dominá-las é elemento indispensável ao sucesso no mesmo, pois os diversos campos caracterizam-se por uma linguagem própria[40]. A interação entre os indivíduos se dá por meio da produção de relações de pertencimento, conflito, negociação e diferenciação, sendo que elas não são excludentes, mas se atualizam como momentos que podem conviver uns com os outros de acordo com a situação vivida e as exigências colocadas aos sujeitos.

À luz da divisão de trabalho em saúde, podemos compreender que a subordinação dos profissionais ao modelo biomédico, percebida desde sua formação, impede a incorporação de outros saberes na perspectiva da interdisciplinaridade, o que contribui para ampliar a abordagem para além do modelo biomédico, possibilitando a convivência de abordagens psicológicas e socioculturais com esse modelo.

Refletindo sobre o tema, podemos inferir que a articulação de diferentes saberes e especificidades no trabalho em equipe demanda uma nova perspectiva de inserção no serviço e de organização do trabalho, ancorada esta em uma construção compartilhada de um projeto de serviço, de tal modo que permita a articulação entre ações de promoção, preventivas e curativas. Isso especialmente em um nível de complexidade como o do ambiente hospitalar no qual está caracterizado o IFF/Fiocruz, com foco na saúde do usuário, e que seja orientado para a integralidade e interdisciplinaridade[41].

Duarte e Moreira[42] destacam que, na busca da construção de um modelo em conjunto de atenção à saúde, "[...] denuncia-se o baixo índice de comunicação/ação interdisciplinar, e até o diálogo de tomar decisão a partir de determinadas evidências clínicas". (p. 691)

Outro desafio apontado pelos entrevistados é a necessidade de uma abordagem diferenciada para o paciente pediátrico: uma abordagem que respeite as especificidades e singularidades de ser criança[43]. Nessa realidade, o lúdico surge como um dispositivo possível e necessário como determinante do bem-estar da criança em sua relação com a terapêutica. Morsh e Aragão[44] destacam que, com a entrada de programas especializados em ambientes hospitalares – programas que visavam minimizar as morbidades emocionais e sociais –, as equipes necessitaram de um olhar mais integralizador para a criança, passando a ser esta mais do que um doente ou uma doença.

> "Você tem que tentar a terapia através da brincadeira [...] pra ficar interessante e a criança cooperar com você". (Colibri)

> "[...] a mãe entra junto e aí eu começo primeiro brincando com a criança, tentando alguma interação pra promover então as atividades que são mais necessárias pro tratamento". (Tico-Tico)

Segundo Mitre[45], para promover uma atenção integral à saúde da criança, a equipe de saúde necessita repensar suas práticas e estratégias de intervenção no sentido de que estas contemplem as necessidades da criança, sujeito ativo de seu tratamento. Assim, a autora destaca que o brincar deve estar presente nas intervenções dos profissionais de saúde, pois, ao valorizar o lúdico, o profissional reconhece as especificidades e singularidades de cada criança.

Citamos aqui o reconhecimento de que o ato de brincar é um mediador para os tratamentos de saúde, sendo, como considera Merhy, uma importante tecnologia, um recurso terapêutico para a saúde da criança. Entretanto, cabe destacar que, ao valorizarmos a ludicidade, devemos estar atentos para que esse brincar seja situado numa lógica que considere a criança realmente o sujeito da escolha, retornando, assim, à reflexão sobre o tema da autonomia da criança.

Mitre e Gomes[46] chamam atenção para o fato de que, em especial na vigência de condições crônicas de saúde – como no caso das crianças do IFF/Fiocruz –, o lúdico pode ser um importante aliado na questão da adesão ao tratamento, sendo percebido, por alguns, como um instrumento que permite garantir a própria adesão. Assim, o lúdico é visto pelos profissionais como veículo de comunicação entre a equipe e o público, no sentido de levar, à criança e sua família, numa linguagem acessível, a informação relativa ao adoecimento e ao tratamento da doença.

O aspecto da adesão é também apontado por nossos entrevistados como meta, aliás um importante desafio a ser alcançado pelos profissionais fisioterapeutas.

> "[O desafio] é mais na parte de orientações, de você lidar, trazer um pouco a família para o ambiente [hospitalar], tentar com que ela se habitue a cuidar daquela criança que precisa de cuidados especiais". (Gaivota)

> "[O desafio] é o incentivo da família vir ao hospital até pra seguir algum programa. Alguma coisa que incentive a criança e os pais a trazerem essas crianças [para o acompanhamento]". (Coruja)

Finalmente, com relação ao aspecto da adesão, é necessário destacar que, em muitas ocasiões, a lógica da adesão é de que falta algo aos sujeitos, desconsiderando todo o arsenal de experiência que esses trazem. Entretanto, cabe considerar que nossos sujeitos – nesse foco específico, crianças e seus familiares – podem escolher uma direção diferente daquela prescrita pela equipe de saúde, e, nesse sentido, o respeito à autonomia da escolha encontra-se em interface direta com os princípios da promoção da saúde.

Considerações finais

Nossos achados, em geral, podem servir de base para se destacar que a pequena atuação da fisioterapia voltada para ações de promoção da saúde se justifica pelo fato de que, por sua origem e inserção no Brasil, a fisioterapia sempre esteve associada a práticas de reabilitação[3].

Observamos iniciativas individuais por parte de alguns profissionais, sem que, no entanto, isso se apresentasse em uma perspectiva mais ampliada do cuidado integral à saúde da criança. Alguns deles estimulavam a participação dos pais e da própria criança de maneira mais ativa, como sujeitos diretamente envolvidos no seu cuidado. Por parte destes profissionais, destacam-se ações que são a um só tempo terapêuticas e educativas.

Ressaltamos que – pelo fato de as crianças serem portadoras de condições crônicas de saúde, e, consequentemente, apresentarem muitas comorbidades associadas – o caráter preventivo ou educativo torna-se mais desafiador, uma vez que os profissionais eram levados a focalizar a resolução de problemas emergenciais ou de agudizações da condição clínica das crianças, sendo difícil para eles desenvolverem, em suas ações, os conceitos de cuidado e atenção integral à saúde.

Em relação aos desafios, a necessidade de uma ação mais interdisciplinar na prática diária merece destaque. A comunicação surge, então, como ferramenta capaz de cortar o nó górdio que, até aqui, impossibilitou o avanço na área da promoção da saúde da criança. Nessa perspectiva integral, na comunicação entre membros das equipes de saúde – envolvendo, inclusive, a tomada de decisão coletiva sobre o cuidado – e no aspecto da comunicação dos profissionais com os pais e cuidadores da criança, essa ferramenta poderia estimular uma participação mais ativa dos profissionais e dos pais, tanto na tomada de decisões quanto nas ações de saúde propriamente ditas.

Ainda nessa perspectiva, o lúdico surge como uma estratégia ética e política, capaz de favorecer uma interface de atuação entre o profissional e a criança.

Por último, observamos que este estudo apresenta limitações. Por se circunscrever unicamente ao ambiente hospitalar de alta complexidade, que atende a crianças e adolescentes cronicamente adoecidos, este fato poderia influenciar na posição adotada pelos fisioterapeutas. Nesse sentido, por conta dessa singularidade, este estudo não permite generalizações.

Colaboradores

Miriam Ribeiro Calheiros de Sá contribuiu na concepção da pesquisa, elaboração, coleta, análise dos dados empíricos, revisão e redação da versão final do artigo. Romeu Gomes colaborou na concepção da pesquisa, elaboração, análise dos dados empíricos, revisão e redação da versão final do artigo.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Documentos básicos. 26a ed. Genebra: OMS; 1976.

2. Gomes ML. Política Nacional de Promoção da Saúde: Potência de transformação ou política secundária? [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.

3. Sá MRC, Gomes R. A Fisioterapia voltada para a criança com o foco na promoção da saúde. Cienc Saude Colet. 2013; 18(4):1079-88.

4. Bourdieu P. Questões de Sociologia. Rio de Janeiro: Marco Zero; 1983.

5. Bourdieu P. Os usos sociais das ciências: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Ed. Unesp; 2004.

6. Bourdieu P. O senso prático. Petrópolis: Vozes; 2009.

7. Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 185-221.

8. Minayo MCS, organizadora. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2002.

9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

10. Moreira MEL, Goldani MZ. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. Cienc Saude Colet. 2010; 15(2):321-7.

11. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 188, de 09/12/98. Reconhece a especialidade de Fisioterapia Pneumo Funcional e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 10 Dez 98. Seção 1:58-9.

12. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 189, de 09/12/98. Reconhece a especialidade de Fisioterapia Neuro Funcional e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 10 Dez 98. Seção 1:59.

13. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 79-108.

14. Moreira MCN, Souza WS, Macedo AD, Mello DB. Uma cartografia dos dispositivos institucionais de humanização da Atenção à Saúde em ambientes hospitalares: um enfoque a partir do processo de trabalho e do associativismo em saúde. Relatório Técnico de Pesquisa apresentado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. 2009. (mimeo).

15. Bourdieu P. Esboço da teoria da prática. In: Ortiz R, organizador. Pierre Bourdieu – Sociologia. São Paulo: Ática; 1983. p. 1-36.

16. Gallo DLL. A fisioterapia no programa saúde da família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária [dissertação]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2005.

17. Zanelli ML, Merhy EE. A Pediatria social e as suas apostas reformistas. ABMP [acesso 2009 Maio 09]. Disponível em: www.abmp.org.br/textos/2567.htm

18. Costa JF. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Graal; 1989.

19. Donzelot J. A polícia das famílias. Rio de Janeiro: Graal; 1989.

20. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 29a ed. Petrópolis: Vozes; 2004.

21. Ariès P. História social da criança e da família. In: Legoff J, organizador. História nova. São Paulo: Martins Fontes; 1990. p. 151-76.

22. Ariès P, Duby G. História da vida privada. São Paulo: Cia. das Letras; 2009.

23. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". Rev Latino-Am Enferm. 2002; 10(2):137-44.

24. Sarhrmann SA. Diagnóstico e tratamento das síndromes de disfunção do movimento. São Paulo: Santos Editora; 2005.

25. Camargo Júnior K. A Biomedicina. Physis.1997; 7(1):45-68.

26. Nogueira MI. Retratos da formação médica nos novos cenários de prática. São Paulo: Hucitec; 2012.

27. Barros FBM. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro. Cienc Saude Colet. 2008; 13(3):941-54.

28. Barros FBM. A formação do fisioterapeuta na UFRJ e a profissionalização da fisioterapia [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.

29. Soares LBT. Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho? São Paulo: Hucitec; 1991. (Saúde em Debate, n. 42)

30. Bispo Júnior JP. Formação em Fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. Hist Cienc Saude – Manguinhos. 2009; 16(3):655-68.

31. Duarte MCS, Moreira MCN. Autonomia e cuidado em terapia intensivapediátrica. Interface (Botucatu). 2011; 15(38):687-700.

32. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde [Internet] [acesso 2013 Jan 5]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf

33. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 20 Set 1990. Seção 1:18055.

34. Resolução CNE/CNS nº 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 4 Mar 2002. Seção 1:11.

35. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1987.

36. Bourdieu P. A economia das trocas linguísticas. In: Ortiz R, organizador. Bourdieu – Sociologia. São Paulo: Ática; 1983. p. 156-83.

37. Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Interface (Botucatu). 2005; 9(16):9-24.

38. Organização Mundial de Saúde OMS [Internet]. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. OMS; 1986 [acesso 2010 Out 10]. Disponível em: www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa

39. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

40. Grillo SVC. A noção de campo nas obras de Bourdieu e do círculo de Bakhtin: suas implicações para a teorização dos gêneros do discurso. ANPOLL. 2005; 1(19):151-84.

41. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de janeiro: IMS, UERJ; 2007. p. 162-77.

42. Duarte MCS, Moreira MCN. Autonomia e cuidado em terapia intensiva pediátrica: os paradoxos da prática. Interface (Botucatu). 2011; 15(38):687-700.

43. Fujisawa DS. Atendimento fisioterapêutico de crianças: uma análise na perspectiva da teoria histórico-cultural. Temas Desenvolv. 2002; 11(63):37-44.

44. Morsch DS, Aragão PM. A criança, sua família e o hospital: pensando processos de humanização. In: Deslandes SF, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

45. Mitre RMA. O brincar no processo de humanização da produção de cuidados pediátricos. In: Deslandes SF, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 283-300.

46. Mitre RMA, Gomes R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. Cienc Saude Colet. 2004; 9(1):147-54.

Sá MRC, Gomes R. La promoción de la salud de los niños en el espacio hospitalario: reflexión sobre la práctica fisioterapéutica. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):709-22.

Buscase analizar la inserción de la promoción de la salud en la práctica del fisioterapeuta en la atención para la salud total del niño en un ambiente hospitalario. Estudio fue basado en la hermenéutica-dialéctica. Se utilizaron técnica de observación participante y entrevista semi-estructurada y el análisis a partir de principios del método de interpretación de sentidos. El estudio se realizó con fisioterapeutas del Instituto Nacional de la Salud de la Mujer, del Niño y del Adolescente Fernandes Figueira. Tres ejes temáticos sintetizan la discusión: el niño como enfoque de la fisioterapia, la promoción de la salud por parte de la fisioterapia pediátrica en un ambiente hospitalario y desafíos de la fisioterapia para la promoción de la salud de los niños. Este estudio señala algunas peculiaridades de la práctica fisioterapéutica, destacando límites y posibilidades en la promoción de la salud.

Palabras clave: Fisioterapia. Promoción de la salud. Ambiente hospitalario.

Recebido em 10/06/13. Aprovado em 14/08/14.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0882

Enfrentamento da violência no ambiente escolar na perspectiva dos diferentes atores

Verônica Borges Kappel[a]
Daniela Tavares Gontijo[b]
Marcelo Medeiros[c]
Estela Maria Leite Meirelles Monteiro[d]

Kappel VB, Gontijo DT, Medeiros M, Monteiro EMLM. Coping with violence in the school environment from the perspectives of different players. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):723-35.

Violence involving adolescents today is a public health problem present in various social spaces, including schools. This study had the aim of describing and analyzing the process of coping with violence in schools from the perspectives of different players within the school community. There were 27 participants in the study, including managers, teachers, students, general service assistants and parents of students at a public school. Data were gathered through semi-structured interviews and, after transcription, these data were analyzed through content analysis. It was found that the procedures adopted by the different players in the school, in cases of violence, expressed the difficulties. The strategies related to the experiences and roles played by each of them. The potential to construct and strengthen dialogue between the different players of the school community and within an intersectoral coping network was shown.

Keywords: Violence. School healthcare. Adolescent. Intersectoral action.

Atualmente, a violência envolvendo adolescentes configura-se como um problema de saúde pública presente em diferentes espaços sociais, inclusive na escola. Este estudo tem como objetivo descrever e analisar o processo de enfrentamento da violência escolar na perspectiva dos diferentes atores de uma comunidade escolar. Participaram do estudo 27 atores, entre: gestores, professores, alunos, auxiliares de serviços gerais e pais de alunos de uma escola pública. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados por intermédio de análise de conteúdo depois de transcritas. Identifica-se que os procedimentos adotados na escola, em casos de violência, pelos diferentes atores, expressam as dificuldades e as estratégias relacionadas às experiências e aos papéis desempenhados por cada um. Aponta-se a potencialidade da construção e fortalecimento do diálogo entre os diferentes atores da comunidade escolar e de uma rede de enfrentamento intersetorial.

Palavras-chave: Violência. Saúde escolar. Adolescente. Ação intersetorial.

[a] Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Av. Getúlio Guaritá, nº 107, Abadia. Uberaba, MG, Brasil. 38025-440. tokappel@gmail.com
[b,d] Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil. danielatgontijo@gmail.com; estelapf2003@yahoo.com.br
[c] Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. marcelo@ufg.br

Introdução

A violência envolvendo adolescentes configura-se como um problema de saúde pública presente em diferentes espaços sociais, inclusive na escola[1-3]. A violência escolar, assim como a violência em geral, incorpora tanto a perspectiva mais explícita, como a agressão entre indivíduos, quanto a violência simbólica que ocorre por meio das regras, normas e hábitos culturais de uma sociedade desigual[4].

A Organização Mundial de Saúde (OMS) compreende a violência em uma perspectiva ecológica resultante da interação de dimensões (níveis) individuais, relacionais, comunitárias e sociais. O primeiro nível concentra-se na identificação e análise das características da pessoa que aumentam a possibilidade de ser uma vítima ou uma perpetradora da violência. O segundo nível discute a maneira pela qual as relações sociais mais próximas interferem no risco para vitimização e perpetração pela/da violência. O terceiro nível analisa os contextos comunitários em que as relações se inserem (por exemplo, escolas), que contribuem ou não para as situações de violência. O último nível analisa os fatores sociais mais amplos que influenciam os índices de violência, como as normas culturais, as políticas de saúde e educacionais[5].

A violência escolar tem sido, especificamente, alvo de estudos construídos, geralmente, a partir da perspectiva dos diferentes atores do cenário escolar de forma isolada[6-8].

Na Pesquisa Nacional sobre Saúde do Escolar, realizada com 60.973 estudantes nas capitais brasileiras, foi constatado que 5,5% já haviam faltado às aulas devido à sensação de insegurança e 12,9% relataram envolvimento em brigas com agressão física nos trinta dias que antecederam a pesquisa[7].

Diante deste quadro de violência no âmbito escolar, se faz necessário refletir acerca de possibilidades de proteção aos adolescentes e enfrentamento ao fenômeno. O desenvolvimento de fortes vínculos entre pais e filhos, uma disciplina fundamentada no exercício do diálogo, adoção de políticas para a escola como um todo, currículos que incentivam o desenvolvimento de atitudes e comportamentos não violentos e não discriminatórios são alguns dos fatores que tendem a proteger os adolescentes da violência escolar[9].

O enfrentamento da violência escolar, além de considerar dados sobre sua magnitude, também perpassa pela compreensão do contexto social que a produziu, considerando os fatos e a representação que ela adquire para as pessoas, familiares e comunidades que interagem neste contexto[10,11].

Neste sentido, objetivou-se, nesta pesquisa, descrever e analisar como ocorre o processo de enfrentamento da violência escolar na perspectiva dos diferentes atores que compõem o cotidiano de uma comunidade escolar.

Percurso metodológico

Estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado em uma escola pública de cidade de médio porte da região do Triângulo Mineiro. A escola foi escolhida a partir de pesquisas anteriores que apontaram a existência da violência, tanto na instituição como na comunidade em que esta se insere[12,13].

Foram convidados a participar do estudo integrantes da comunidade escolar, que frequentavam a escola no período matutino, assim divididos:

Grupo 1: Gestores da escola (cargos de direção, vice-direção e pedagogia).

Grupo 2: Professores do 9° ano do Ensino Fundamental, com exercício profissional mínimo de seis meses – tempo mínimo considerado para que estes tenham a oportunidade de conhecer a dinâmica da escola.

Grupo 3: Auxiliares de serviços gerais (serviços de limpeza, cozinha e portaria) que trabalhavam há, no mínimo, seis meses.

Grupo 4: Estudantes do 9° ano do Ensino Fundamental, com até 18 anos, e cujos responsáveis autorizaram a participação na pesquisa.

Grupo 5: Responsáveis legais/pais dos estudantes do 9° ano do Ensino Fundamental.

Para assegurar a confidencialidade e o anonimato, foi atribuído um código a cada entrevistado com idade superior a 18 anos e um pseudônimo escolhido pelos adolescentes. A definição do número de participantes foi realizada por procedimentos de saturação por exaustão[14].

Os dados foram coletados no período de março a junho de 2012, por meio de entrevistas individuais realizadas com gestores, professores, auxiliares de serviços e pais, sendo que os alunos participaram de uma entrevista coletiva. O roteiro de entrevistas, comum a todos os grupos, abordou questões relativas: ao que os participantes entendiam por violência escolar, aos procedimentos adotados nestas situações, à identificação dos responsáveis pelos atos violentos, às formas de enfrentamento da violência escolar, e às dificuldades inerentes a este processo.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo temática numa perspectiva qualitativa. Inicialmente, realizou-se uma leitura compreensiva e exaustiva do conjunto dos dados, seguida de procedimentos de exploração do material e identificação das ideias centrais dos fragmentos de fala. Estas ideias centrais foram distribuídas em núcleos de sentido, que, agrupados, resultaram nas categorias temáticas: "concepções sobre a violência escolar"; "procedimentos adotados pela escola"; "responsáveis pelo enfrentamento"; "dificuldades no processo de enfrentamento" e "possíveis estratégias de enfrentamento". Finalmente, foi construída uma síntese interpretativa que articulou os dados encontrados na pesquisa, os objetivos do estudo e o referencial teórico adotado[15]. Ressalta-se que o processo de categorização dos dados referentes às estratégias de enfrentamento foi diretamente subsidiado pelo modelo teórico de compreensão da violência proposto pela OMS[5].

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM, protocolo 2094, sendo as entrevistas realizadas em locais que asseguraram a privacidade dos grupos de participantes e conduzidas após a assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

Caracterização dos participantes do estudo

Participaram do estudo 27 pessoas dos diferentes grupos. O grupo dos gestores foi composto em sua totalidade, correspondendo a três mulheres com média de cinquenta anos de idade e tempo superior a 25 anos de exercício profissional para duas entrevistadas (Tabela 1).

Todos os nove professores da escola participaram, os quais foram, majoritariamente, do sexo feminino, com idade média de 43 anos; e, destes, sete tinham mais de dez anos de trabalho na área da educação (Tabela 2). As três auxiliares de serviços gerais eram mulheres, com média de 46 anos e tempo de trabalho superior a nove anos (Tabela 3).

Constituíram o grupo dos estudantes (Tabela 4) sete alunos do 9° ano, sendo quatro meninas e três meninos, que, em sua maioria, tinham mais de cinco anos de frequência nesta escola e média de idade de 14 anos.O grupo dos responsáveis legais foi composto por cinco membros, com predomínio de mães, com idade média de 36 anos (Tabela 5).

Tabela 1. Perfil dos gestores

Identificação	Sexo	Idade	Tempo de trabalho na educação (anos)	Tempo de trabalho na escola (anos)	Tempo de trabalho na gestão (anos)
GESTOR 1	F	45	27	27	7
GESTOR 2	F	47	30	27	15
GESTOR 3	F	58	40	2	1

Fonte: dados empíricos

Tabela 2. Perfil dos professores do nono ano do ensino fundamental

Identificação	Sexo	Idade	Tempo de trabalho na educação (anos)	Tempo de trabalho na escola (anos)
PROF 1	F	37	18	4
PROF 2	M	51	18	17
PROF 3	F	31	8	2
PROF 4	M	55	30	26
PROF 5	F	36	18	6
PROF 6	F	42	21	2
PROF 7	F	34	7	1a 6m
PROF 8	F	50	28	23
PROF 9	F	47	12	3

Fonte: dados empíricos

Tabela 3. Perfil dos auxiliares de serviços gerais

Identificação	Sexo	Idade	Tempo de trabalho na educação (anos)	Tempo de trabalho na escola (anos)
Aux 1	F	37	17	17
Aux 2	F	54	9	9
Aux 3	F	48	20	13

Fonte: dados empíricos

Tabela 4. Perfil dos estudantes do nono ano do ensino fundamental

Pseudônimos	Sexo	Idade (anos)	Tempo que estuda na escola
Roberta	F	14	5 anos
Gabriela	F	14	9 anos
Vitória	F	13	6 meses
Alice	F	14	9 anos
João	M	13	3 anos
Teddy	M	14	2 anos e 6 meses
Will Smith	M	13	10 anos

Fonte: dados empíricos

Tabela 5. Perfil dos responsáveis legais pelos alunos do nono ano do ensino fundamental

Identificação	Sexo	Idade (anos)
MÃE 1	F	35
MÃE 2	F	43
MÃE 3	F	32
MÃE 4	F	34
PAI 1	M	38

Fonte: dados empíricos

Foi observada menor adesão dos alunos e de seus pais, embora tenham sido desenvolvidas diferentes estratégias de mobilização e incentivo à participação. Este fato suscita a reflexão acerca da intensidade e complexidade do fenômeno da violência escolar manifesto no cenário da pesquisa, pois se acredita que os estudantes tenham tido receio de participar devido à grande manifestação da violência na sala e a possível cultura do medo impregnada. A limitada participação dos pais dos

alunos na pesquisa também sinaliza para uma possível limitação no envolvimento destes para com as atividades desenvolvidas pela escola (conforme discutido posteriormente).

Concepções sobre a violência escolar

Embora não tenha sido objetivo deste trabalho discutir os significados da violência escolar, a partir do conteúdo trazido pelos participantes, foi possível identificar aspectos relacionados à compreensão destes sobre o que é ou não uma situação violenta na escola. Essa compreensão, embora não explorada em profundidade, traz importantes subsídios para as reflexões apontadas nas categorias subsequentes.

Neste sentido, para conceituar a violência escolar, os diferentes grupos fizeram referência: aos locais de ocorrência dos atos violentos, à tipologia e aos envolvidos nestes eventos. O espaço da saída das aulas, seguido da sala de aula, pátio e banheiros, foram os mais citados pelos participantes como lócus da violência, caracterizada, sobretudo, como física e psicológica, entre os alunos.

> "Eu acho que agressões verbais [...] é [...] tanto violência verbal, física também [...]. Aí na física entra chute, soco, alguma coisa assim, xingamentos, apelidos [...]". (aluno João)

Todos os grupos, com exceção dos alunos, ressaltaram atos agressivos (violência psicológica, física e contra o patrimônio) destes em relação aos professores, sendo que os adolescentes também relataram situações de vitimização psicológica causadas pelos professores: "[...] Como você fala com o outro, se refere a ele... aquele que usa da sua autoridade para inibir o outro..." (prof. 3); "[...] e o aluno vai e agride ele com palavras" (aux. 1).

Esses aspectos apontados para definir a violência escolar refletem as dificuldades de conceituação do fenômeno já apontada na literatura[6,13,16]. Neste estudo, e em outras pesquisas sobre o tema, observou-se uma maior visibilidade das violências física e psicológica, e do envolvimento de alunos e professores nas situações de violência[5,7,17].

Os dados mostram que a compreensão da violência escolar se constrói a partir de situações de violência envolvendo somente os alunos ou estes e os professores. Embora sejam os atores mais citados quando se discute a violência escolar, qualquer pessoa que esteja envolvida na comunidade escolar pode se configurar como um autor, vítima e/ou testemunha de atos violentos e, por conseguinte, também se constituir corresponsável pela sua prevenção[4,18].

Procedimentos adotados pela escola nas situações de violência escolar

Os participantes foram solicitados a relatar quais os procedimentos adotados pela escola, em casos de violência escolar, sendo a escuta dos alunos envolvidos e de seus pais apontada por todos os grupos de atores:

> Pai 1: "[...] sempre quando acontece isso é chamado o pai [...] os pais das crianças, tanto do agressor quanto da vítima [...] para tá passando o acontecido pra ver o que que a gente pode tá melhorando com aquela criança [...] que é agressora ... a criança também [...] que é agredida [...]".

Além da escuta, não foi possível caracterizar outros procedimentos uniformes, e cada grupo apontou caminhos diferentes adotados pela escola nas situações de violência escolar. Somente os gestores trouxeram a questão do regimento escolar como guia no enfrentamento ao fenômeno:

> Gestor 2: "[...] Então a primeira coisa é ouvir, depois é o encaminhamento [...] o professor é o primeiro que ouviu [...] depois conversa com a pedagoga [...] depois ele vem pra gente [...] a gente conversa [...] depois olha o regimento e vê o que que foi descumprido no regimento da escola com aquela situação".

Por outro lado, os familiares foram os únicos a trazerem o encaminhamento para órgãos de defesa da criança e do adolescente:

> Mãe 4: "Eu acho que encaminha pra mãe [...] se a mãe não resolver vai pro tutelar de menor, tutelar não, como é que chama? Primeiro vê se a mãe resolve, se a mãe não resolver vai pro conselho".

Destaca-se que uma das mães, dois professores e cinco alunos explicitaram desconhecimento sobre os procedimentos adotados pela escola em casos de violência.

Percebeu-se que os procedimentos adotados pela escola, nos casos de violência escolar, encontram-se dispersos e não partilhados pelos diferentes grupos de atores escolares. O não-reconhecimento dos procedimentos adotados na instituição pode contribuir para a perpetuação de práticas agressivas, para o não-entendimento acerca das consequências dos atos realizados e para o fortalecimento da crise de autoridade existente nos dias atuais.

Lobato e Placco[8] destacam que, diante das situações de violência, a escola tende a adotar medidas repressivas, o que não soluciona o problema substancialmente e a longo prazo.

Para o enfrentamento da violência escolar, aponta-se a necessidade de se pensar na importância da vivência de discussões horizontais e democráticas entre os diversos atores que compõem este cenário, objetivando a construção coletiva dos procedimentos e sua divulgação na comunidade escolar como um todo. Considera-se que uma efetiva participação democrática nas decisões educacionais possibilita que os indivíduos se corresponsabilizem pelos acertos e desacertos do processo educativo, o que contribui para uma maior possibilidade de resolução de situações relacionadas à violência escolar[1].

Responsáveis pelo enfrentamento da violência escolar

Quando questionados sobre quem deve ser responsabilizado pelo enfrentamento da violência escolar, a família e os atores que convivem no contexto escolar foram relatados por todos os grupos, em diferentes níveis de prioridade.

A percepção da família como a principal responsável por este enfrentamento foi destacada nos grupos dos professores, auxiliares de serviços e familiares: "Os pais, a família [...] são o forte. A família com exemplos" (prof. 5).

Os gestores apontaram que todas as pessoas que convivem no espaço escolar são responsáveis pelo estabelecimento de medidas de enfrentamento à violência, destacando o papel dos adultos neste processo:

> "Todos nós somos responsáveis [...] do diretor ao faxineiro [...] Nós somos os agentes... nós que temos que mudar as coisas [...] estamos formando-os [...] não é eles que nos formam [...] então a mudança tem que vir da gente". (gestor 2)

Para os alunos, eles próprios, no estabelecimento das relações no contexto escolar, são os únicos responsáveis pelo enfrentamento, como salientou o aluno Will: "A gente mesmo [...]". Esta compreensão aponta para uma possível autoculpabilização pelas situações de violência e para uma restrita percepção de outros atores envolvidos com o fenômeno.

Apenas no grupo de professores, a sociedade, de uma forma geral, foi citada como responsável pelo processo de enfrentamento da violência: "[...] a sociedade [...] todos porque depois quem que vai sofrer com a violência [...]? A sociedade, lógico. Nós somos todos cidadãos" (prof. 6).

Embora todos os atores que convivem e se relacionam ao espaço escolar devam ser considerados como responsáveis na prevenção e combate das situações violentas, o papel dos professores, neste processo, deve ser destacado. Acreditar e investir na capacidade dos alunos, criar situações educativas de forma que eles possam se expressar, propiciando vivência satisfatória e entrosamento, constitui uma forma de colaborar com a diminuição da violência dentro do ambiente escolar[19].

Para isso, existem alguns elementos que deveriam ser constitutivos da formação profissional dos educadores: a necessidade de perceber que a violência não é algo "natural", e sim uma questão que precisa ser pensada a partir do contexto; a adequação da adoção de atitudes ativas e não reativas aos problemas que ocorrem no contexto escolar, de forma preventiva; o respeito ao contexto em que a escola está inserida, considerando que o problema da violência é complexo e heterogêneo; a necessidade de constante qualificação profissional a respeito da violência escolar; a importância de se buscar a participação dos pais nos projetos realizados pela escola, assim como o estabelecimento de parcerias com a comunidade onde escola está inserida e com os serviços oferecidos por ela[1].

No entanto, em relação à responsabilização do professor no enfrentamento da violência escolar, é importante refletir sobre os limites concretos impostos pelo cotidiano a estes, que, muitas vezes, vivenciam situações de vitimização e precárias condições de trabalho[12,20].

Além do papel dos educadores no enfrentamento à violência escolar, a participação dos demais atores, serviços e instituições pertencentes à rede de atenção à criança e ao adolescente – parcialmente citada pelas mães, como corresponsáveis pelo enfrentamento ao fenômeno – deve ser problematizada. O trabalho em rede é um mecanismo que pode ser eficaz no enfrentamento à violência escolar porque: favorece uma visão global das situações, permite o planejamento de ações integradas, contribui para o compartilhamento de responsabilidades, possibilitando que cada setor atue com foco nas questões que lhe cabem, trabalhando, concomitantemente, nas interfaces existentes com outras esferas[10].

Dificuldades no processo de enfrentamento à violência escolar

Os participantes do estudo também foram solicitados a refletir sobre quais são as dificuldades no enfrentamento à violência escolar.

Uma dificuldade relatada por todos os grupos, exceto pelos auxiliares de serviços gerais, se referiu às características consideradas típicas dos adolescentes, com destaque para: posturas de contestação, de confronto de ideias, e a valorização de brincadeiras consideradas "agressivas" no contexto escolar.

> "Muitos alunos, eu acho que [...] eles não aceitam as ideias dos outros alunos [...]" (aluno João)

> Mãe 2: "eu acho assim, entre os alunos mesmo sabe [...] eles tem que ter um comportamento mais legal, parar de brincadeira [...] Porque tudo começa assim, igual eu te falei... de brincadeira [...] aí depois até um apelar [...]".

A fala desta mãe explicita uma naturalização da adolescência como um período de crises, traz à tona a necessidade de uma ampliação na compreensão desta fase do desenvolvimento humano. Essa ampliação se relaciona, diretamente, à compreensão de que o ser humano se caracteriza pela sua historicidade, ou seja, os adolescentes vivenciam as suas experiências, constroem-se como cidadãos, e delineiam a realidade que os cerca em meio às (im)possibilidades concretas de suas situações de vida[21]. Nesse sentido, compreende-se que as manifestações tidas como naturais na adolescência, entre elas as condutas violentas, podem se caracterizar como uma reprodução acrítica da realidade vivenciada por estes nos seus diferentes contextos de vida, incluindo a família e a própria escola. Essa compreensão, contrária a uma representação fatalista da situação, consoante ao defendido por Freire[21], amplia a percepção de que a mudança, apesar de difícil, é possível, uma vez que a realidade não é dada, e sim construída pelos diferentes sujeitos.

A falta de interesse e a participação limitada da família nas atividades escolares foram outros fatores apontados pelos grupos de participantes que dificultam o combate da violência:

> Gestor 3: "É [...] Nossa, tem família que [...] Não vamos longe não [...] Hoje eu convoquei [...] não, convidei [...] convoquei é feio [...] convidei 58 pais para virem a reunião [...] quantos pais vieram? 10?".

Tal como explicitado anteriormente, todos os grupos identificaram a família como uma das principais responsáveis pelo enfrentamento da violência escolar, no entanto, percebe-se que sua participação é limitada. Essa limitação pode se relacionar ao processo de desestruturação social, econômica, e de valores morais e culturais, que acomete as famílias, sobretudo aquelas em situação de exclusão social, e restringe as possibilidades de estas oferecerem o suporte social para as crianças e os adolescentes.

O núcleo familiar detém a responsabilidade da educação primária junto às crianças, em termos de modelos que ela terá e do desempenho de seus papéis na sociedade. A família tem como tarefa central propiciar o desenvolvimento e aquisição de comportamentos considerados adequados aos padrões sociais vigentes, considerando as questões culturais. Entretanto, inúmeros fatores podem comprometer o acesso satisfatório à educação primária, constituindo um fator de constrangimento para o familiar lidar com essa realidade[22].

Outra dificuldade apontada por todos os atores (exceto os alunos) se refere à fragilidade das políticas educacionais no oferecimento de condições positivas de trabalho aos professores, o que provoca desmotivação destes para o exercício profissional e para o desenvolvimento de medidas de enfrentamento da violência escolar: "Falta mais força de vontade da parte da prefeitura [...] o apoio deles" (mãe 1).

Destaca-se que apenas o grupo dos gestores pontuou, como fator limitante ao enfrentamento da violência, a fragilidade da rede de proteção à criança e ao adolescente:

> Gestor 1: "[...] nem sempre você consegue um psicólogo para aquela criança [...] então são entraves ou dificuldades que você não tem uma [...] rede eficaz ainda [...] você tem um PSF que você pode indicar, mas não tem as vezes o profissional pra atende a demanda".

Além disso, destacou-se a percepção dos auxiliares de serviços gerais de que as políticas de proteção à criança e o adolescente podem se caracterizar como um obstáculo ao enfrentamento da violência escolar quando limitam a possibilidade de estabelecimento de medidas punitivas para os adolescentes:

> Aux. 3: "Hoje em dia a lei protege muito [...] eu acho que a principal coisa pra diminuir essa violência é essa lei que eles puseram [...] até 18 anos é criança e tudo [...] não pode ser preso [...] tem que pagar... eles fazem porque sabem que não dá em nada".

Esta percepção reforça uma "cultura da culpabilização" do adolescente frente ao processo da violência escolar, em detrimento do envolvimento de todos os atores no enfrentamento deste fenômeno. Além disso, nesta perspectiva, há a valorização de medidas punitivas em detrimento da problematização e enfrentamento das condições estruturais relacionadas à violência juvenil.

Estratégias de enfrentamento da violência escolar

No que se refere às possíveis estratégias de enfrentamento da violência escolar, inicialmente, destaca-se que este foi o conteúdo mais explorado pelos participantes do estudo durante as entrevistas, quando comparado aos anteriormente citados.

Considerando o modelo teórico da OMS[5], é possível observar, nas falas dos participantes, que as estratégias identificadas focam ações comunitárias e, em menor intensidade, ações individuais, relacionais e sociais.

No nível individual, a autoavaliação em relação às posturas e comportamentos comumente adotados no cotidiano escolar foi partilhada por todos os grupos, com exceção dos auxiliares de serviços gerais.

> "[...] É quando você começa a saber que você faz parte daquilo ali e que você também tem coisa pra jogar fora [...] e que você também tem coisa pra melhorar [...] porque você também

> está contribuindo pra esse ambiente pesado [...] É quando você para e olha [...] pras suas ações". (prof. 9)

A questão da reflexão acerca das próprias atitudes evidencia que os atores apresentam a preocupação em rever, constantemente, suas ações, percebendo-se parte do processo de propagação da violência escolar, o que contribui sobremaneira para a identificação de suas manifestações, assim como para elaborações de possíveis estratégias de enfrentamento e prevenção à violência escolar.

No nível relacional, salienta-se que, apenas para os pais, o maior envolvimento da família nas atividades escolares dos filhos é considerado como estratégia de enfrentamento, o que contradiz a maior responsabilização desta pela maioria dos atores, conforme anteriormente discutido.

> "Eu acho que estar sempre presente na escola [...] conversar com os alunos, com a professora, com a diretora [...] eu acho que tem que fazer tipo de um acompanhamento [...] você tem que ficar no pé deles". (mãe 4)

A relação entre família e escola se estabeleceu, e ainda se mantém, a partir de situações vinculadas a algum tipo de problema, e, desta forma, pouco contribui para que as duas instituições possam construir uma parceria baseada em fatores positivos e gratificantes relacionados ao aprendizado, desenvolvimento e sucesso dos alunos. As posturas relacionadas a esta relação caracterizam-se por serem defensivas e acusativas, como se cada um buscasse se justificar e encontrar justificativas para a desarmonia que caracteriza tal relação. Assim, constitui um importante desafio, para os atores envolvidos nesta temática, a transformação da relação família-escola no sentido de que ela possa ser associada a situações positivas favorecedoras dos processos de socialização, aprendizagem e desenvolvimento[22,23].

O diálogo entre os diferentes atores que convivem na escola foi valorizado por todos os grupos de participantes, por ser uma estratégia que permeia os níveis relacional e comunitário.

> "Eu acho que o diálogo entre os alunos [...] Ah, tipo... de vez em quando colocar os alunos pra conversar... igual tipo... nós estamos aqui ... falando o que acha...". (aluna Gabriela)

Na construção deste diálogo, os alunos também destacaram a importância da vinculação afetiva:

> "As pessoas que a gente gosta [...] Se a Gestor Y fala alguma coisa pra gente [...] aconselha a gente [...] a gente não vai escutar bem [...] porque a gente não gosta muito dela [...] se a Gestor X falar [...] a gente já vai escutar melhor [...] a gente já vai. [...] tentar seguir". (aluno Will)

A construção de relações verdadeiramente dialógicas se caracteriza como um processo que permite uma maior aproximação entre as pessoas que convivem na comunidade escolar e se mostra como estratégia efetiva no enfrentamento da violência[24,25]. Esse processo, sustentado por relações mais horizontalizadas, nas quais o respeito e o afeto medeiam a construção compartilhada e crítica do conhecimento, permite uma problematização das situações vivenciadas e uma maior responsabilização dos alunos no cotidiano da escola[21].

Além disso, compreende-se que o dialogo constituiu-se como ferramenta imprescindível para a desnaturalização e desbanalização da violência no cotidiano escolar, assim como para a substituição desta como forma de resolução de conflitos[25].

De acordo com Silva[26], o diálogo e o oferecimento de limite aos alunos constituem parte da democratização das relações escolares tanto internas quanto externas, e perpassam pela transformação de uma relação de coação por uma de cooperação.

A relação de coação seria uma relação de imposição, ou seja, um dos elementos da relação impõe ao outro suas formas de pensar, suas verdades e seus critérios a respeito do que é certo, errado, normal e anormal. Por outro lado, a relação baseada na cooperação diz respeito à produção de sujeitos

autônomos, uma vez que são dependentes de acordos mútuos e baseados no diálogo. O imperativo nesse sentido é obedecer, de maneira crítica e reflexiva, aquilo que é consenso e recíproco[26].

Percebeu-se que oferecer escuta ativa e dar voz aos sujeitos para que os mesmos possam expor suas percepções e, consequentemente, compreender os limites que permeiam as relações são estratégias de enfrentamento à violência escolar, que, inclusive, contribuem para o fortalecimento dessas relações de cooperação entre os atores escolares.

O esporte como estratégia no nível comunitário foi ressaltado apenas pelo grupo dos pais:

> Mãe 1: "Então tem que ter alguma coisa pra incentivar os alunos a querer ir pra escola frequentar [...] ter boa nota [...] Um esporte [...] uma ocupação assim ajudaria muito [...] tipo [...] alguma coisa para levantar o ego dos alunos [...]".

Os atores, com exceção dos auxiliares de serviços gerais e dos gestores, pontuaram como estratégia de enfrentamento em nível comunitário o uso de metodologias diversificadas para o processo de ensino-aprendizagem:

> Aluno Will: "Eu acho assim [...] Porque um trabalho no horário de uma professoras [...] ele ia ajudar porque ia ficar todos os alunos juntos, mas é [...] quando acabar esse horário ele ia continuar... então o trabalho deve ser feito nas outras aulas [...]".

Para superação de uma atitude individualizada e descontinuada, emerge que a instituição assuma sua parcela de responsabilidade pela violência que ocorre em seu interior, e, assim, valorize ações que possam diminuí-la, ou, até mesmo, erradicá-la. Dentre as ações, vale destacar: o zelo no exercício da atividade pedagógica da escola, a exigência de profissionalismo dos professores, e garantia de um ambiente propício à aprendizagem, até a democratização da gestão[27].

Isso concorre para uma participação coletiva nas regras de disciplina a serem aplicadas com justiça e consistência. Para concretude dessas medidas, é necessária a sensibilização e formação de professores, e demais funcionários da comunidade escolar. Devem ser promovidas atividades como: debates para esclarecimento e sensibilização de princípios de solidariedade para toda a comunidade; como, também, a abertura da escola para a comunidade, de modo a favorecer a proximidade das famílias, a sociabilidade entre alunos e uma relação mais positiva com a instituição[27].

A necessidade de reorganização do sistema educacional – ação no nível social com impacto direto no nível comunitário, sobretudo no que se refere ao oferecimento de melhores condições de trabalho aos professores – foi apontada somente pelos gestores e professores:

> Prof 7: "Além do salário, a condição [...] não ficar distribuindo professor pela cidade inteira [...] tentar manter em uma instituição [...] porque quando você está em uma escola só, no máximo duas, você tem como participar de todos aqueles problemas ali [...] aí você faz 2, 3, 4... nossa, o problema é da escola fulana de tal e não da outra... não, o menino é da outra [...] porque quando você está participando de uma instituição, é aquela ali, como se diz aí você veste a camisa".

As associações entre a pior percepção da qualidade de vida e saúde de professoras e as condições do ambiente e da organização do trabalho mostram a necessidade de deslocar as atuais ações preventivas, focalizadas no plano individual, para o plano das condições ambientais relacionadas ao desenvolvimento do trabalho docente[28].

Conforme discutido anteriormente, as estratégias de enfrentamento da violência escolar, apontadas pelos grupos participantes, focaram-se, especialmente, em ações comunitárias e, com menor intensidade, em ações individuais, relacionais e sociais. Apesar da potencial efetividade das ações comunitárias, também é importante que se pense sobre a pertinência de ações com impacto individual, que, de acordo com Krug et al.[5], objetivam aumentar o nível de fatores de proteção associados às capacidades, atitudes e crenças individuais.

Finalmente, é importante considerar que, apesar de a dificuldade da participação da rede de proteção à criança e ao adolescente ter sido citada pelos participantes do estudo, o seu fortalecimento não foi explicitado como possível estratégia de enfrentamento da violência escolar. Neste sentido, salienta-se a importância de ações de cunho intersetorial, que englobem setores vinculados às políticas sociais básicas, defesa de direitos e responsabilização pela violação de direitos. Especificamente em relação ao setor saúde, destaca-se o potencial no estabelecimento de parcerias entre a escola e os serviços de saúde, sobretudo por meio da atenção básica em saúde na sistematização de ações de promoção da saúde e cultura da paz[10,24].

Considerações finais

O enfrentamento da violência escolar se caracteriza como um processo complexo, influenciado por fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais. A análise integrada da perspectiva de todos os atores que compõem o cotidiano escolar, proposta neste estudo, permitiu a construção de reflexões que devem ser consideradas por todos que fazem parte deste cenário.

Os sujeitos apresentaram suas concepções a partir do papel que ocupam no cenário escolar, sendo observadas, em muitos momentos, limitadas percepções na compreensão do fenômeno em estudo como um todo. Este aspecto implica a necessidade de ações que busquem a construção e compartilhamento de procedimentos, responsabilização e estratégias de enfrentamento que envolvam todos os atores. Esse compartilhamento, que deve ser construído a partir da potencialização da participação e do diálogo no cenário escolar, é vital para o estabelecimento de medidas efetivas de enfrentamento à violência.

Aponta-se a necessidade de uma ampliação do entendimento da violência escolar como um fenômeno sócio-histórico, que não se limita aos muros da escola, mas que se constrói em meio à realidade social mais ampla, e impacta não somente no processo de ensino-aprendizagem, mas em todos os âmbitos da vida, inclusive, na saúde.

Nesta perspectiva, é possível a desconstrução de visões fatalistas e que tendem à naturalização do fenômeno no cotidiano escolar, que culminam, muitas vezes, na culpabilização de determinados grupos de sujeitos e desresponsabilização de outros atores sociais implicados nesta realidade. Essas reflexões críticas e problematizadoras podem contribuir para a adoção e valorização de medidas de criação/fortalecimento de uma rede de enfrentamento da violência escolar, composta por diferentes setores sociais – aspecto superficialmente abordado por alguns dos atores escolares.

Em relação à articulação desta rede de proteção, embora esta não deva se limitar à parceria entre a Educação e a Saúde, esta apresenta potencialidade, uma vez que a violência se caracteriza como um fator com forte impacto na percepção de saúde e qualidade de vida. Neste âmbito, destacam-se políticas e programas públicos (como, por exemplo, a Política Nacional de Promoção da Saúde e o Programa Saúde na Escola) de construção de ações intersetoriais direcionadas para a prevenção da violência e promoção da cultura da paz, com participação efetiva dos profissionais, sobretudo da atenção básica, no contexto escolar. Estas ações, pautadas por metodologias participativas, críticas e culturalmente pertinentes, contribuem para a construção de procedimentos e estratégias partilhadas pelos diferentes atores do cenário escolar.

Considera-se que as possibilidades do enfrentamento à violência escolar, especialmente no contexto do ensino público, cenário deste estudo, estão diretamente relacionadas às políticas educacionais e ao impacto destas nas condições de trabalho de professores e gestores, uma vez que a precariedade vivenciada limita a participação destes atores-chave neste processo.

Finalmente, a violência escolar configura-se como um fenômeno cujo enfrentamento perpassa, também, por mudanças mais amplas, não só nas políticas educacionais, mas, também, nas políticas sociais, no sentido de fortalecimento da família enquanto fonte de suporte social para as crianças e os adolescentes.

Colaboradores

Verônica Borges Kappel, Daniela Tavares Gontijo e Marcelo Medeiros trabalharam na concepção e execução do projeto de pesquisa, assim como na elaboração e revisão do manuscrito. Estela Maria Meirelles realizou a revisão final do manuscrito.

Referências

1. Gomes CS, Lira A, Caldas DB, Lima DA, Lopes RB. Violências nas escolas: decifrai-me ou vos devoro. Sociol Prob Prat. 2013; 1(71):39-59.

2. Netto L, Rodrigues RN, Costa MA, Santos J, Tatagiba GA. Experiências e especificidades da violência escolar na percepção de funcionários de uma escola pública. Rev Enferm UFSM. 2012; 2(3):591-600.

3. Alves RA, Pinto LMN, Silveira AM, Oliveira GL, Melo EM. Homens, vítimas e autores de violência: a corrosão do espaço público e a perda da condição humana. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):871-83.

4. Stelko-Pereira AC, Williams LCA. Reflexões sobre o conceito de violência escolar e a busca por uma definição abrangente. Temas Psicol. 2010; 18(1):45-55.

5. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy AJ, Zwi AB, Lozano R, organizadores. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002.

6. Costa MC, Silva EB, Jahn AC, Dalmolin IS, Santos M, Silva CM. Representações sociais da violência escolar na expressão de jovens estudantes. Rev Eletron Enferm. 2012; 14(3):514-22.

7. Malta DC, Souza ER, Silva MMA, Silva CS, Andreazzi MAR, Crespo C, et al. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE). Cienc Saude Colet. 2010; 15(2):3053-63.

8. Lobato VS, Placco VMNS. Concepções de professores sobre questões relacionadas à violência na escola. Psicol Educ [Internet]. 2007 [cited 2014 fev 10]; 1(24):73-90. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psie/n24/v24a06.pdf

9. Unicef. Relatório de pesquisa: violência contra crianças [Internet]. Brasília (DF): Assembléia Geral das Nações Unidas; 2006. [cited 2013 Jun 4]. Available from: http://www.unicef.org/brazil/pt/Estudo_PSP_Portugues.pdf

10. Kappel VB. O significado da violência escolar na perspectiva de diferentes atores de uma comunidade escolar do município de Uberaba - MG [dissertação]. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2012.

11. Schenker M, Cavalcanti FG. Famílias que se comunicam através de violências. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P, organizadores. Impactos da violência na saúde. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 197-213.

12. Maricone MR, Alves HC, Gontijo DT. Levantamento e análise de registros e eventos de defesa social (REDS) envolvendo crianças e adolescentes no município de Uberaba em 2010: subsídios para ações intersetoriais. Rev LEVS/ Unesp-Marília. 2012; 1(9):113-28.

13. Gontijo DT, Julião CH, Kappel VB, Alves HC, Farinelli MR. Identificação e caracterização da violência escolar: subsídios para ações de enfrentamento. Mundo Saude. 2013; 37(1):16-24.

14. Fontanella BJB, Ricas J, Turato, ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saude Publica. 2008; 24(1):17-27.

15. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Gomes SFD, organizadores. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 2008. p. 79-108.

16. Araujo LS, Coutinho MPL, Miranda RS, Saraiva ERA. Universo consensual de adolescentes acerca da violência escolar. Psico-US. 2012; 17(2):243-51.

17. Rocha KMM, Farias GM, Gurgel AKC, Costa IKF, Freitas MCS, Souza AAM. Violência na escola vivida por professores, funcionários e diretores. Rev Rene. 2012; 13(5):1034-44.

18. Silva JMAP, Salles LMF. A violência na escola: abordagens teóricas e propostas de prevenção. Educar Rev. 2010; 1(esp):217-32.

19. Assis SG, Avanci JQ, Oliveira RVC. Violência escolar e auto-estima de adolescentes. Cad Pesqui. 2006; 36(127):35-50.

20. Souza KOJ. Violência em escolas públicas e a promoção da saúde: relatos e diálogos com alunos e professores. Rev Bras Promoc Saude. 2012; 25(1):71-9.

21. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

22. Oliveira CBE, Marinho- Araujo CM. A relação família-escola: intersecções e desafios. Estud Psicol. 2010; 27(1):99-108.

23. Marcondes KHB, Sigolo SRRL. Comunicação e envolvimento: possibilidades de interconexões entre família-escola? Paidéia. 2012; 22(51):91-9.

24. Ministério da Saúde. Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

25. Assis SG, Constantino P, Avanci JQ. Impactos da violência na escola: um diálogo com professores. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.

26. Silva NP. Ética, indisciplina e violência nas escolas. 6a ed. Petrópolis: Vozes; 2012.

27. Leme MIS. A gestão da violência escolar. Dialogo Educ [online] 2009; 9(28):541-55.

28. Jardim R, Barreto SM, Assunção AA. Trabalho, qualidade de vida e disfonia em professoras. Cad Saude Publica. 2007; 23(10):2439-61.

Kappel VB, Gontijo DT, Medeiros M, Monteiro EMLM. Enfrentamiento de la violencia en el ambiente escolar bajo la perspectiva de los diferentes actores. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):723-35.

Actualmente, la violencia que envuelve a adolescentes se configura como un problema de salud pública presente en diferentes espacios sociales, incluso en la escuela. El objetivo de este estudio es describir y analizar el proceso de enfrentamiento de la violencia escolar en la perspectiva de los diferentes actores de una comunidad escolar. En el estudio participaron 27 actores entre gestores, profesores, alumnos, auxiliares de servicios generales y padres de alumnos de una escuela pública. Los datos se colectaron por medio de entrevistas semi-estructuradas y se analizaron por medio de análisis de contenido después de realizada la transcripción. Se identificó que los procedimientos adoptados en la escuela en casos de violencia, por parte de los diferentes actores, expresan las dificultades y las estrategias se relacionan con las experiencias y los papeles desempeñados por cada uno. Se señala el potencial de la construcción y del fortalecimiento del diálogo entre los diferentes actores de la comunidad escolar y de una red de enfrentamiento intersectorial.

Palabras clave: Violencia. Salud escolar. Adolescente. Acción intersectorial.

Recebido em 29/10/13. Aprovado em 10/08/14.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0930

Itinerário dos usuários de medicamentos via judicial no estado do Amazonas, Brasil

Marselle Nobre de Carvalho[a]
Silvana Nair Leite[b]

Carvalho MS, Leite SN. Itinerary of users of judicial access to medicines in the state of Amazonas, Brazil. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):737-48.

This paper had the aim of analyzing the itinerary of users who had access to medicines through judicial access in the state of Amazonas, Brazil. This was a qualitative prospective study based on data gathered through semi-structured interviews with users who received medications by means of court orders. Judicialization within healthcare was shown to be an aggregating factor with regard to recognition of users' rights and citizenship, for users who, over the course of their lives, had acquiring great learning on how to overcome lack of access to medicines. It was concluded that the relationship between the subject and the State remains unequal and that the right to healthcare is given within an individual and restrictive dimension, while disregarding the collective dimension and the concept of citizenship.

Keywords: Citizenship. Judicialization. Pharmaceutical care.

Este artigo teve como objetivo analisar o itinerário dos usuários que tiveram acesso a medicamentos via judicial no estado do Amazonas, Brasil. Trata-se de estudo qualitativo, prospectivo, baseado em dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com usuários que receberam medicamentos via mandado judicial. A judicialização na saúde mostrou-se um fator agregador ao reconhecimento dos direitos e da cidadania pelos usuários que, na sua trajetória de vida, acabaram adquirindo um grande aprendizado sobre formas de enfrentar a falta de acesso aos medicamentos. Conclui-se que a relação entre o sujeito e o Estado permanece desigual, e o direito à saúde se deu na dimensão individual e restritiva, desconsiderando a dimensão coletiva e a concepção de cidadania.

Palavras-chave: Cidadania. Judicialização. Assistência farmacêutica.

[a] Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina. Av. Robert Koch, 60, Vila Operária. Londrina, PR, Brasil. 86038-350. marsellecarvalho@gmail.com

[b] Departamento de Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. silvana.nair@hotmail.com

Introdução

No campo das políticas de saúde, a judicialização tem se traduzido como a garantia de acesso a bens e serviços por intermédio de ações judiciais. Por isso, a fase atual do Sistema Único de Saúde (SUS) é caracterizada pela presença marcante dos operadores do direito na determinação de benefícios, alocação de recursos e, para alguns autores, dos rumos das políticas públicas[1].

O processo de judicialização na saúde parece ainda algo obscuro, tanto para os usuários quanto para as instituições. Os usuários se sentem inseguros e pouco orientados sobre o acesso aos medicamentos, pois carecem de informações e têm pouca – ou nenhuma – compreensão do processo como um todo[2].

Segundo Leite e Mafra[3], o pouco entendimento do direito à saúde e de cidadania permeia as inseguranças dos usuários no acesso aos medicamentos e a manutenção da posição de dependência destes em relação ao poder público ou às pessoas que detêm alguma influência sobre ele.

Ao mesmo tempo, estudos têm descrito o fenômeno e suas consequências para a gestão pública[2], que transita entre a racionalidade da aplicação dos recursos terapêuticos – especialmente em função das limitações econômicas do financiamento estatal em um sistema universal de saúde, de um país com dimensões continentais como é o Brasil – e a dominação econômica e corporativa sobre os interesses e benefícios da coletividade, fortemente influenciada pela maciça propaganda exercida pelas indústrias farmacêutica e de equipamentos[4-7].

A Justiça, geralmente, entende o direito à saúde como um direito individual, e não como um direito coletivo. Na visão de Marques[8], ela tem agido, na sua maioria, em função daqueles usuários que, por possuírem maiores informações e recursos, são capazes de acioná-la quando têm seus direitos negados.

O acesso aos medicamentos deve ser uma resposta concreta por parte do Estado, delineada por uma política social maior – a política de saúde. Considerando que as políticas sociais "são parte intrínseca da construção coletiva e conjunta da nacionalidade, da cidadania e da institucionalidade estatal"[9] (p. 131), sua análise requer que se vá além da descrição do conjunto de serviços e/ou produtos ofertados e da sua formalização jurídico-institucional[9].

É preciso retomar a perspectiva de difusão de consciência sanitária, como consciência política de direito à saúde. Mesmo que sejam avanços claros, pois não é de pouca importância constar no corpo da lei, precisamos estar atentos à advertência de Bobbio[10], de que "os direitos de cidadania são históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizados por lutas em defesa das novas liberdades contra velhos poderes e nascidos de modo gradual, nem todos de uma vez e nem de uma vez por todas" (p. 9).

A ênfase atual nos aspectos legais, institucionais e de racionalidade científica termina por não deixar de lado a necessidade de retomar, permanentemente, o caminho da construção dos sujeitos. A formação de identidades, a difusão da consciência sanitária, a organização em coalizões sociais são a única maneira de se superarem os entraves atuais e aprofundar a democratização da saúde. A possibilidade de emancipação e diferenciação só pode ser assegurada por meio da complexificação do tecido social, em duplo movimento de construção de identidades e formas orgânicas autônomas e de inserção de seus interesses na arena pública[9].

Nesse contexto, as narrativas individuais dos usuários e a reconstrução do itinerário percorrido por eles na busca pela solução dos seus problemas podem contribuir para a compreensão do fenômeno da judicialização sob o ponto de vista do usuário do sistema de saúde, na sua realidade vivida.

Este artigo analisa o itinerário dos beneficiários de ações judiciais contra o Estado do Amazonas, suas dificuldades e seu comportamento frente ao sistema, buscando a compreensão do complexo processo de acesso aos medicamentos, na perspectiva da garantia do direito à saúde.

Material e métodos

Trata-se de estudo prospectivo, de abordagem qualitativa, realizado na cidade de Manaus, AM, com beneficiários de ação judicial para obtenção de medicamentos.

O método qualitativo busca compreender o contexto onde o fenômeno ocorre; permite a observação de vários elementos simultaneamente em um pequeno grupo; propicia conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos[11].

Um dos aspectos que distinguem a pesquisa qualitativa, e possivelmente um dos seus pontos-chave, é o estudo das pessoas nos seus ambientes naturais, e não em ambientes experimentais[12]. E outro aspecto importante é o de que observar as pessoas em seu próprio território implica juntar-se a elas, conversar e ler o que elas mesmas escrevem.

O itinerário procura descrever e analisar os caminhos percorridos pelos indivíduos na busca de soluções aos seus problemas de saúde, por meio de suas narrativas orais, que nem sempre têm ordem cronológica, considerando as práticas individuais e socioculturais[13,14].

Como a Superintendência de Saúde do Estado do Amazonas (SUSAM) não dispunha de um sistema de registro dos usuários de medicamentos via judicial, não foi possível proceder à amostragem planejada ou representativa da população da pesquisa. Assim, adotou-se a amostragem por saturação, estabelecendo-se a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos apresentaram redundância ou repetição.

Os usuários foram abordados no momento da retirada dos medicamentos na SUSAM. Os primeiros dez usuários que aceitaram aleatoriamente o convite para entrevista se tornaram os sujeitos da pesquisa. As dez entrevistas foram pré-analisadas, o que definiu a não-necessidade de ampliação da amostra.

Todas as entrevistas ocorreram no domicílio dos participantes da pesquisa, de forma reservada e em horário combinado. Foram realizadas duas entrevistas-piloto para verificar as necessidades de redimensionamento do protocolo de entrevista. As entrevistas foram aplicadas mediante a utilização de formulário composto por questões semiestruturadas, que permitem ao entrevistador fazer alterações e explorar de forma mais personalizada a situação estudada.

Para demonstração organizada do itinerário terapêutico, foi adotado o fluxograma, que consiste em uma representação gráfica para descrição clara e precisa do fluxo ou sequência de um processo, bem como sua análise e redesenho[15].

A partir da análise dos discursos transcritos das entrevistas e do fluxograma, emergiram informações que permitiram a interpretação e análise do itinerário terapêutico dos entrevistados. A leitura dos achados é o cerne da pesquisa qualitativa, que precisam ser compreendidos e organizados por meio de um processo continuado, em que se procuram identificar dimensões, categorias e relações, com a finalidade de desvendar significados.

Os aspectos éticos e a confidencialidade do estudo foram garantidos. A SUSAM autorizou a realização da pesquisa, os usuários foram convidados a participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Vale do Itajaí.

Resultados

Foram analisadas entrevistas realizadas com dez indivíduos adultos, de ambos os sexos, que solicitaram e receberam medicamentos via ação judicial contra o Estado do Amazonas, conforme descrição contida na Tabela 1.

Tabela 1. Características dos entrevistados (usuários de medicamentos) que tiveram acesso a medicamentos via judicial na SESAM, Manaus, Amazonas.

Usuário	Id	S	NAT	ESC	PROF	TT	DO	MS
S1	34	M	Carioca	ES	Administrador	12 anos	Diabetes	Bomba Infusora de Insulina
S2	64	M	Catarinense	EM	Empresário	10 anos	Hepatite B	Epivir®
S3	32	F	Amazonense	EM	Func. Pública	12 anos	Paralisia Cerebral	Cânula traqueostomia suplementação
S4	30	F	Paraense	EF	Desempregada	8 anos	Miastenia gravis	Mestinon®
S5	26	F	Amazonense	EF	Desempregada	10 anos	Adrenoleucodistrofia	Suplementação alimentar
S6	56	M	Amazonense	ES	Desenhista	14 anos	Hepatite B	Adefovir
S7	29	F	Amazonense	EF	Cozinheira	4 anos	Miastenia gravis	Mestinon®
S8	43	F	Amazonense	ES	Professora aposentada	5 anos	Transplante renal	Orthoclone OKT®3
S9	49	M	Amazonense	EF	Professor	3 anos	Lupus	Eternacept
S10	36	M	Paraense	EF	Desempregado	5 anos	Transplante renal	Orthoclone OKT®3

Legenda: Id = Idade, S = sexo (M = Masculino; F = Feminino); NAT = Naturalidade; ESC = Escolaridade; PROF = Profissão; TT = Tempo de tratamento; DO = Doença; MS = Medicamento solicitado. EF = Ensino Fundamental; EM = Ensino Médio; ES = Ensino Superior.

Antes da judicialização: "o jogo do empurra"

Os relatos a respeito das experiências vividas retratam a peregrinação pelos serviços de saúde e o retorno à SUSAM em busca do medicamento ou de informação sobre como acessá-lo.

Quando o usuário não tem condições financeiras de comprar o medicamento em falta ou não fornecido pelo serviço de saúde, e não conta com auxílio de familiares, amigos ou colegas de trabalho, ele parte em busca de meios e informações sobre onde e como adquiri-lo.

> "Não se sabe por onde começar. Eu tiro por mim que faço parte de uma associação, mas não tinha conhecimentos [...]". (S8)

Ao sair da unidade de saúde sem o medicamento necessário ao tratamento, o usuário começa a peregrinar pelas instâncias administrativas do SUS e descobre: como funciona a dispensação, se o medicamento almejado é padronizado, o que é um medicamento padronizado, se o medicamento padronizado está disponível ou não nos serviços de saúde, entre outras informações.

Em geral, a peregrinação é individual e se torna mais difícil quando a doença não consta de nenhum protocolo clínico do SUS e o tratamento é de alto custo.

> "[...] acho que é um direito do cidadão adquirir a medicação e como foi falado as pessoas menos esclarecidas morrem antes, porque não tem tratamento adequado. Porque é escondido, camuflado. Não sei se o médico já é orientado a não passar a medicação, porque é despesa para o Estado. O governo vai passando adiante, desrespeitando o ser humano, porque é um prejuízo para o Estado". (S2)

> "Penso que o serviço da saúde está bloqueando materiais de alto custo em função do valor, colocam procedimentos dificultosos, para pessoa desistir e não continuar". (S3)

> "[...] quando eu fui transplantada na 1ª vez, a gente não pode deixar de tomar o medicamento e então o que acontece, às vezes vamos atrás do nosso remédio para o rim não rejeitar, não tem medicamento, e a gente não pode parar de tomar. Às vezes dão um pouquinho, e às vezes nem isso dão. Isso prejudica muito a gente, porque se não tomar ocorre rejeição. É errado [...]". (S8)

> "Em primeiro lugar, na SUSAM eles ficam empurrando um para o outro [...]". (S9)

A falta de informação clara sobre a forma de organização do acesso aos medicamentos parece ser um grave entrave para que ele se efetive no Amazonas. Além de não saberem como proceder para acessar, os usuários replicam a concepção de que tudo o que é público é difícil e o que é de alto custo não é ofertado pelo SUS.

> "A gente chegava lá na CEMA - Central de Medicamentos do Amazonas, naquela altura, e eles diziam que não tinha medicação. E que eu tinha que fazer o quê? Eu não podia fazer nada. Não podia ter o remédio porque ele não é vendido. Como eu ia conseguir? Não tinha orientação onde buscar". (S8)

> "Eu iniciei o processo na Secretaria de Saúde - SUSAM. Fui a todos os setores aonde me encaminhavam, cheguei ao final que foi o setor de compras, aí falavam: vai lá, vai com fulano, vai ali. Passei todo esse processo, até chegar o ponto da moça lá do setor me dizer que não tinha dinheiro para comprar o medicamento [...]". (S9)

Em todos os relatos, evidenciam-se as situações de deficiente responsabilização do poder público com as demandas apresentadas pelos usuários, especialmente com os agravos de maior complexidade. O usuário acaba por ficar submetido aos ritos e à capacidade de organização dos serviços de saúde, sem condições de encontrar solução para os seus problemas. É neste contexto que as pessoas partem para a busca de auxílio no poder judiciário.

> "Na prática o direito à saúde ocorre se você for persistente, já houveram várias situações que me bloquearam, daí eu insisti de novo. E através do MP entrei com o mandado judicial". (S3)

A descoberta do poder judiciário

Nas falas dos entrevistados, o médico aparece como um dos primeiros profissionais a orientar os usuários na busca do medicamento via judicial.

> "A primeira orientação que tive foi do próprio médico, ele disse que existiam tratamentos mais modernos e disse que sabia de casos que outros tinham entrado na justiça, e ganhado [...]". (S1)

> "O médico de São Paulo do transplante orientou, que teria que pegar advogado e falou que existia uma senhora advogada, que estava fazendo para outra pessoa [...]". (S2)

> "Descobri através da médica dele, Dra. XXX". (S5)

Outros profissionais, em especial a assistente social, também contribuem para informação ao usuário sobre a possibilidade da judicialização do medicamento.

> "[...] a informação que a assistente social deu foi que o serviço de saúde só ia repassar através de mandado judicial, ela não explicou os motivos [...]". (S3)

> "Procurei o serviço social da Secretaria de Saúde - SUSAM, demos entrada naquele serviço todo [...]". (S5)

> "Pedi da assistente social, mas ela disse que infelizmente não podia fazer isso porque trabalha na Secretaria". (S5)

> "A assistente social orientou porque estava demorando muito para receber o medicamento. Ela me indicou que fosse ao Ministério Público, para mim brigar contra esse medicamento, porque era meu direito receber". (S7)

> "A assistente social da Clínica Renal me deu uma receita, e ela que foi me explicando, nem foi o médico que me explicou". (S10)

A peregrinação do usuário é geralmente individual e, no percurso, ele se depara com a possibilidade de receber o medicamento via ação judicial contra o Estado, ou seja, por meio do fenômeno da judicialização. Aqui ele passa por experiências que podem fortalecer sua cidadania, pois passa a conhecer melhor o SUS e seus programas, os seus direitos e deveres, aprende a se relacionar com o sistema e as pessoas (servidores públicos e políticos).

No entanto, o fato de reconhecer e procurar o poder judiciário não significa facilitação ou garantia de tratamento em tempo adequado. Tampouco finaliza a peregrinação e os problemas relacionados à garantia do direito à saúde, como aparecem nos relatos dos entrevistados:

> "Sempre eu ia no Ministério Público do Aleixo, aí cada vez era uma pessoa diferente, faziam nossa declaração e diziam que iam notificar a Secretaria de Saúde - SUSAM, mas a Secretaria de Saúde chamava a gente, dizia que o processo ia correr, mas demorava ainda do mesmo jeito [...]". (S3)

> "Acho isso muito trabalhoso. Porque a gente filho assim, ai tem que dispor de deixar ele com outras pessoas, que não conhece. Já tive casos que caiu a sonda do meu filho e tive que vim, não tinha carro na época, vim que nem uma louca de ônibus, para poder botar a sonda dele e eu acho que a gente não era para ser assim [...]". (S5)

> "O médico passou a receita, aí eu fui na Secretaria de Saúde - SUSAM, só que não tinha o remédio, disseram que iam comprar. Aí eu fui no Ministério Público, o Ministério Público fez um registro de atendimento, declaração dos fatos. Levei lá na Secretaria de Saúde e até hoje tão me enrolando, enrolando e não tenho o remédio. Esse mês me deram uma parte do medicamento de outro transplantado que já foi atendido judicialmente, e quando o meu chegar eu tenho que devolver para assistência social entregar para ele [...]". (S6)

> "[...] o secretário que saiu era ruim, esse é muito mais ruim ainda. Esse não dá atenção para a gente. Oito meses. Toda vez é para ele assinar esse documento, e toda vez que a gente vai lá, ele está em reunião. Nunca a gente fala com ele. Só fazem dispensar a gente da porta. Tá em reunião, tá em reunião. Nunca esse homem trabalha, só vive em reunião. A minha verdade é essa [...]". (S9)

> "Eu acho assim, que as pessoas têm que ter um pouco de consciência com a gente. Porque a gente já sofre. Primeiro que a gente tem uma doença, e luta para conseguir o nosso remédio para a gente poder sobreviver [...]" (S10)

A judicialização, apontada como "solução", "resolução" do problema do usuário, força o serviço público a fornecer o medicamento. Mesmo assim, os usuários descobrem que é preciso ter boas relações com os servidores dos serviços de saúde a fim de não serem prejudicados ainda mais no acesso aos medicamentos.

Os relatos dos usuários mostram uma internalização desta prática de encaminhamento como forma de responder às necessidades dos solicitantes, sem que se questione a necessidade de uma ação judicial. O processo parece estar naturalizado, institucionalizado.

"[...] esse tipo de caminho judicial está se ampliando, eu acho válido, porque é um direito garantido [...]". (S1)

"[...] a judicialização é o caminho para ter acesso aos medicamentos". (S2)

"[...] só se consegue assim, neste tipo". (S7)

O (quase) fim

Ao final da peregrinação, a efetivação do acesso ocorre, essencialmente, pela via judicial, seja para os medicamentos não padronizados, sejam os padronizados que estão em falta nos serviços de saúde. Contudo, mesmo com a sentença judicial transitada e julgada, os entrevistados relataram atrasos na entrega dos medicamentos, o que gera aflição e temor, pois o usuário não tem mais a quem recorrer, não pode ficar sem o medicamento e, também, não tem condições de comprá-lo.

"Me deram medicamento de agosto a dezembro, daí de lá para cá entrei com uma nova solicitação desde ano passado, e até agora não recebi retorno algum". (S4)

"[...] ele usa três caixas por mês. É padronizado em várias partes do país, e aqui não é. E não tem nada, para conseguir tem que dar entrada num processo e esperar. Porque demora muito". (S5)

"[...] eu não trabalho mais há muito tempo. Como fica muito difícil, tem que procurar outros recursos, como a justiça, o MP. E o mesmo MP ainda demora 3 meses ou mais [...]". (S5)

Durante a peregrinação, alguns usuários entrevistados acabaram recebendo ajuda de seus familiares e até desconhecidos, enquanto aguardavam os medicamentos solicitados via judicial serem adquiridos pela secretaria.

"Olha eu peço para minha irmã tirar no cartão, aí eu parcelo, vou pagando e assim vai. Eu tô até com meu aluguel atrasado. Tudo por causa disso". (S4)

"O gabinete do secretário que fez a cota, o pessoal que trabalha lá, eu aceitei porque ia ficar sem o remédio [...]". (S4)

"Eu estive um dia desses na SUSAM, estava com meu filho, eu chorei de raiva, daí eles se reuniram e fizeram uma vaquinha, aí conseguiram R$ 80,00. Eu comprei três vidros, aí deu para segurar e o último vidro tá ali, em cima da geladeira". (S5)

"Pedimos de outra Associação e depois pagamos, Associação Ombro Amigo que funciona em Alagoas. Os conheci em SP. Quando falta medicamento solicitamos dos outros transplantados. Isso é uma realidade". (S8)

Em linhas gerais, as informações geradas pelas entrevistas estão representadas no fluxograma (Figura 1), por meio do qual podemos visualizar os itinerários percorridos pelos usuários em busca do acesso aos medicamentos.

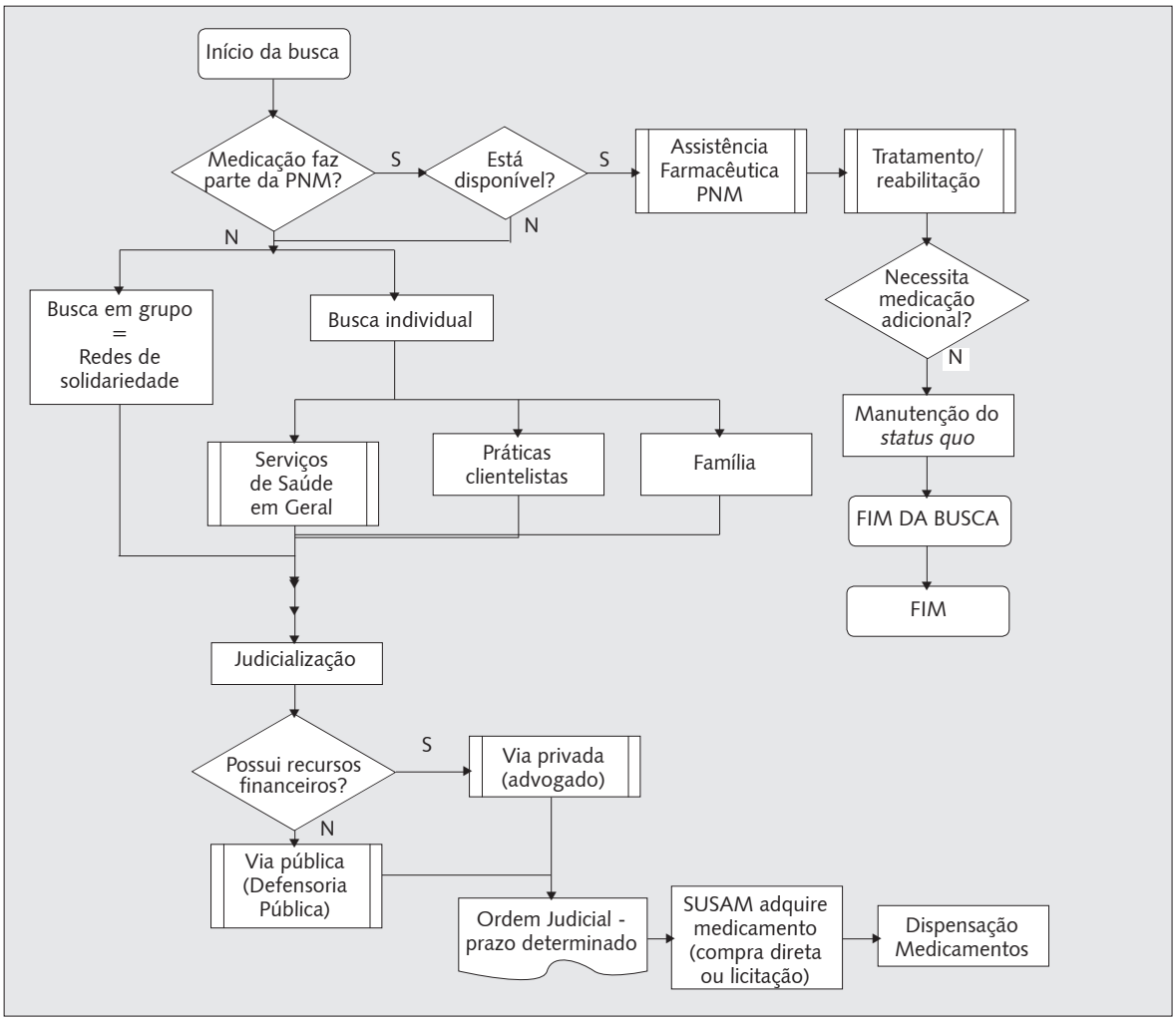


Figura 1. Itinerário do usuário de medicamentos via judicial no Estado do Amazonas

Discussão

O caminho em busca da resolução dos problemas de saúde, que envolve o itinerário, é marcado por ações de distintas origens e finalidades[16]; e descrever a peregrinação de usuários nesse caminho pode colocar em evidência a influência do sistema de saúde em seus itinerários, ou seja, o que os sistemas resolvem e o que escapa, bem como os efeitos que produzem sobre a experiência de usuários e famílias[3,14].

Quando o indivíduo se dirige a um serviço de saúde, ele tem como único objetivo a solução do seu problema ou necessidade (demandada pela prescrição de um medicamento por um profissional de saúde legalmente habilitado para tal). E é exatamente aqui que ele se depara com o primeiro desafio a ser superado: a falta de informação precisa sobre a estrutura e funcionamento da assistência farmacêutica no sistema de saúde. Os entrevistados, unanimemente, consideraram desrespeitoso o vaivém de informações sobre: onde ir, que "papéis" levar, a quem entregá-los, quanto tempo de espera, o porquê da demora etc. É a prática do jogo do alheio: "isso não é comigo, é com ele ou como

o outro". Nesse jogo de empurra-empurra, se reproduz uma burocracia que se coloca, muitas vezes, como tática de ocultamento das próprias responsabilidades das pessoas e dos serviços de saúde.

Diante do desabastecimento e/ou da inexistência do medicamento nos protocolos e listas do SUS, assim como das informações desencontradas e, muitas vezes, imprecisas, o usuário acaba recebendo orientação dos próprios profissionais de saúde, especialmente médicos e assistentes sociais, para solicitar judicialmente o tratamento necessário.

A orientação pelos profissionais de saúde, especialmente os médicos, também aparece na pesquisa de Leite e Mafra[3] sobre as trajetórias dos usuários de medicamentos de Itajaí (SC) para acesso via mandado judicial. Todavia, no Amazonas, o encaminhamento direto do médico ao advogado não apareceu nos relatos e, sim, apenas a orientação do possível acesso pela judicialização. Diversos estudos têm levantado hipóteses sobre as relações entre prescritores e indústria farmacêutica, especialmente na criação de mercado para novos e sempre mais caros medicamentos, utilizando a judicialização como estratégia para forçar a inclusão destes produtos na conta pública da saúde[17]. No entanto, as demandas por medicamentos não padronizados também precisam ser analisadas enquanto indicadores de possíveis necessidades não atendidas pelo sistema de saúde – que se pretende universal e equitativo.

Todas as ações judiciais dos indivíduos entrevistados incluíam doenças e ou tratamentos correspondentes não constantes de protocolos clínicos do Ministério da Saúde e do Estado do Amazonas, ou seja, medicamentos não fornecidos pelo sistema de saúde (Tabela 1).

De fato, até novembro de 2009, momento do encerramento da pesquisa apresentada neste artigo, o Ministério da Saúde havia publicado apenas cinco Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para regulamentação técnica dos medicamentos fornecidos pelo SUS, por meio do Componente Especializado (anteriormente conhecido Programa de Dispensação de Medicamentos em Caráter Excepcional), entre os quais o protocolo para Hepatite B, publicado na Portaria GM/MS nº 2.561, de outubro de 2009. As demais terapias referidas nas ações judiciais dos entrevistados nesta pesquisa tiveram protocolos publicados *a posteriori*, à exceção da bomba infusora de insulina, que ainda não possui protocolo do Ministério da Saúde.

Os estados e Distrito Federal são responsáveis pela programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos do componente especializado, de acordo com os PCDT. O Ministério da Saúde repassa o recurso financeiro a titulo de ressarcimento, com base na Autorização de Procedimento de Alto Custo, e tem investido nos estudos para inclusão de novas tecnologias e na publicação e revisão de protocolos clínicos[18].

Os achados deste artigo divergem de outros trabalhos, que apontam cerca de um terço dos medicamentos demandados pela via judicial faziam parte de alguma lista do SUS para o fornecimento gratuito, possivelmente por ter sido realizado antes do fenômeno da judicialização, que acabou estimulando o Ministério da Saúde, e os estados na ausência deste, a ampliar o *rol* de protocolos para diagnóstico e tratamento de doenças raras e/ou que utilizam terapia de alto custo[5,19].

Os entrevistados ingressaram pedidos judiciais individuais, e não por meio de associações, o que demonstra o investimento apenas no atendimento de suas necessidades particulares e imediatas. Há pouca evidência, nos relatos, de envolvimento em associações ou atividades corporativistas que possam ampliar o entendimento de direito social e de cidadania. As instâncias de controle social na saúde, como os conselhos de saúde, não foram referenciadas, em nenhuma das situações, como possíveis estratégias de busca de garantia de direito à assistência farmacêutica.

Segundo Pepe et al.[20], estudos sobre judicialização revelam que grande parte das demandas se referem a "processos judiciais individuais de cidadãos reivindicando o fornecimento de medicamentos" (p. 2405). Para Borges e Ugá[21], a busca individual junto ao Poder Judiciário tem se mostrado o meio mais ágil para efetivação deste direito social ao medicamento. Entretanto, a solução individualizada de uma situação, que deveria ser tratada de forma coletiva e pelos órgãos competentes, acaba, em última análise, realizando justiça no caso concreto – a microjustiça, desprezando as implicações da decisão à coletividade – a macrojustiça.

Estudos apontam o atendimento da quase totalidade das ações impetradas contra o Estado para o fornecimento de medicamentos, indicando certa homogeneização, ou, mesmo, automação, no

julgamento dessas ações. Esses autores referem que essa situação pode também indicar acomodação do Estado no exercício do seu papel de proteção da saúde, que pode elaborar defesas técnicas consistentes nos casos em que haja: inadequação de determinadas prescrições (por exemplo, medicamento ou terapia não aprovada no país), a existência de alternativas terapêuticas disponíveis no SUS, ou, mesmo, os possíveis efeitos nocivos do fornecimento de medicamento inadequado ao usuário[1,4].

De um lado, o sistema de saúde, ao acatar a demanda específica e individualizada, mantém a perpetuação da relação de submissão, e, de outro, os usuários acabam conhecendo o caminho da ação judicial, mas não têm forças para modificar esse cenário multifacetado. Para Marques e Dallari[1], a decisão jurídica do caso individual, a quem teve a oportunidade de acesso ao Judiciário, não pode desconsiderar a política pública destinada a garantir o mesmo direito de toda uma coletividade, privilegiando os interesses de um pequeno grupo.

Para Macedo et al.[5], "a judicialização não deveria se apresentar como caminho para o acesso a medicamentos" (p. 712). Contudo, é plenamente compreensível que essas demandas ocorram judicialmente quando o fornecimento previsto nas políticas públicas não está garantido ou quando a doença não consta de nenhum protocolo clinico e terapêutico no SUS, ou, mesmo, o poder público demonstra pouco comprometimento e responsabilização pelas necessidades críticas e relevantes apresentadas pelos usuários, como evidenciados pelos entrevistados.

A universalidade do acesso, a integralidade das ações, a descentralização dos serviços, a relevância pública das ações e dos serviços, e a participação da comunidade são as bases coletivas do SUS e direitos de todos. O Estado, por sua vez, tem o dever de garantir a efetivação desses direitos, protegendo a coletividade e atendendo as necessidades de cada cidadão.

Conclusões

Os indivíduos constroem seus itinerários a partir das próprias experiências no cuidado em saúde. No caso das demandas judiciais, cada usuário de medicamento percorreu uma trajetória própria originada a partir da dificuldade de obtenção do tratamento necessário; e a reconstrução do itinerário desses indivíduos, a partir das suas falas, permitiu revelar as nuances que envolvem o acesso aos medicamentos via judicial no Estado do Amazonas.

A peregrinação em busca do medicamento começa, fundamentalmente, por duas razões: quando há desabastecimento ou inexistência de protocolo clínico e terapêutico no sistema de saúde. Diante da impossibilidade de receber no serviço de saúde ou comprar o medicamento, geralmente de alto custo, o usuário começa a conhecer os meandros dos sistemas de saúde e judiciário do país, assim como a se reconhecer como cidadão dotado de direitos sociais garantidos constitucionalmente, ainda que ausente da perspectiva coletiva de direito e da expansão dos seus direitos para outras necessidades.

O caminho percorrido pelo beneficiário de uma ação judicial contra o Estado para recebimento de medicamentos é difícil, extremamente sinuoso e, muitas vezes, lento, repleto de idas e vindas nas esferas administrativas do SUS e do judiciário, que não terminam, necessariamente, quando o Estado recebe a ordem judicial. Em muitos casos, o usuário tem de esperar muito tempo até receber efetivamente o medicamento pleiteado.

Colaboradores

As autoras trabalharam juntas em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. Marques SB, Dallari SG. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. Rev Saude Publica [Internet]. 2007 fev [acesso 2012 Out 25]; 41(1):101-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100014&lng=pt

2. Ferraz OLM, Vieira FS. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. Rev Cienc Soc. 2009; 52(1):223-51.

3. Leite SN, Mafra AC. Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. Cienc Saude Colet [Internet]. 2010 Jun [acesso 2013 Nov 12]; 15 Supl 1:1665-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php? script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700078&lng=pt

4. Sant'ana JMB, Pepe VLE, Figueiredo TA, Osorio-de-Castro CGS, Ventura M. Racionalidade terapêutica: elementos médico-sanitários nas demandas judiciais de medicamentos. Rev Saude Publica [Internet]. 2011 Ago [acesso 2012 Out 25]; 45(4): 714-21. Disponível em: http://www.scielo.br/ scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400011&lng=pt

5. Macedo EI, Lopes LC, Barberato-Filho S. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. Rev Saude Publica [Internet]. 2011 Ago [acesso 2012 Out 25]; 45(4):706-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-891020 11000400010&lng=pt

6. Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. Cad Saude Publica [Internet]. 2009 Ago [acesso em 2013 Out 10]; 25(8): 1839-49. Disponível em: http://www.scielo.br/ scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800020&lng=pt

7. Vieira FS, Zucchi P. Demandas judiciais e assistência terapêutica no sistema único de saúde. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2009 [acesso 2012 Out 25]; 55(6):672-83. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n6/11.pdf

8. Marques MCC. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. Hist Cienc Saude - Manguinhos [Internet]. 2002 [acesso 2012 Out 25]; 9 Supl: 41-65. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S0104-59702002000400003&lng=pt

9. Fleury S. Estados sem cidadãos: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

10. Bobbio N. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Campus; 1992.

11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 1993.

12. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

13. Cordeiro RC, Ferreira SL, Santos FC, Silva LS. Itinerários terapêuticos de pessoas com anemia falciforme face às crises dolorosas. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2013 [acesso 2013 Out 20]; 21(2):179-84. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v21n2/v21n2a07.pdf

14. Guerin GD, Rossoni E, Bueno D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. Cienc Saude Colet [Internet]. 2012 [acesso 2013 Mar 25]; 17(11):3003-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123201200 1100017&lng=en

15. Ferreira BC. Trabalhadores, cidadania: Nordeste em tempos de Vargas. São Paulo: Estudos e Edições Ad Hominem; 1999.

16. Leite SN, Vasconcellos MPC. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. Hist Cienc Saude - Manguinhos [Internet]. 2006 Mar [acesso 2012 Out 25]; 13(1):113-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702006000100007&lng=pt

17. Chieffi AL, Barata RB. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. Rev Saude Publica [Internet]. 2010 [acesso 2014 Maio 10]; 44(3):421-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php? script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300005&lng=pt

18. Carias CM, Vieira FS, Giodano CV, Zucchi P. Medicamentos de dispensação excepcional: histórico e gastos do Ministério da Saúde do Brasil. Rev Saude Publica [Internet]. 2011 [acesso 2014 Maio 10]; 45(2):233-40. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/2065.pdf

19. Pandolfo M, Delduque MC, Amaral RG. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. Rev. Salud Publica [Internet]. 2012 Abr [acesso 2012 Out 25]; 14(2):340-9. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S0124-00642012000200014&lng=pt

20. Pepe VLE, Figueiredo TA, Simas L, Osorio-de-Castro CGS, Ventura M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. Cienc Saude Colet [Internet]. 2010 Ago [acesso 2012 Out 25]; 15(5): 2405-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php? script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500015&lng=pt

21. Borges DCL, Ugá MAD. As ações individuais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: características dos conflitos e limites para a atuação judicial. Rev Direito Sanit. 2009; 10(1):13-38.

Carvalho MS, Leite SN. Itinerario de los usuarios de medicamentos vía judicial en el Estado de Amazonas, Brasil. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):737-48.

El objetivo de este artículo fue analizar el itinerario de los usuarios que tuvieron acceso a medicamentos vía judicial en el Estado de Amazonas, Brasil. Se trata de un estudio cualitativo, prospectivo, con base en datos colectados por medio de entrevistas semi-estructuradas con usuarios que recibieron medicamentos vía mandato judicial. La judicialización en la salud se mostró un factor agregador para el reconocimiento de los derechos y de la ciudadanía por parte de los usuarios que, en su trayectoria de vida, acabaron adquiriendo un gran aprendizaje sobre formas de enfrentar la falta de acceso a los medicamentos. Se concluyó que la relación entre el sujeto y el Estado permanece desigual y el derecho a la salud se realiza en la dimensión individual y restrictiva, desconsiderando la dimensión colectiva y la concepción de ciudadanía.

Palabras clave: Ciudadanía. Judicialización. Asistencia farmacéutica.

Recebido em 07/02/14. Aprovado em 27/08/14.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0974

Formação docente na área da saúde:
avaliação, questões e tensões

Maria Inês Bomfim[a]
Valéria Morgana Penzin Goulart[b]
Lêda Zorayde de Oliveira[c]

Bomfim MI, Goulart VMP, Oliveira LZ. Teacher education in health: assessment, issues and tensions. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):749-58.

This study analyzed the results achieved by students from a proposal for teacher education at *lato sensu* postgraduate level, raising issues and tensions observed. This was a survey concluded in 2012, in the state of São Paulo, relating to 744 teachers in the field of professional healthcare education, who were also students in a proposal for inservice education that was developed in collaboration with six higher education institutions. The assessment brought together a significant set of data and information from direct observation, interviews and focus groups, in addition to application of questionnaires and analysis on course conclusion papers from program participants, which certainly brought contributions to the field. In general, the results point towards some difficulty on the part of student-teachers in overcoming unilateral views regarding the reality within which they act as teachers and workers in the healthcare sector.

Keywords: Teaching. Teacher education in health. Assessment.

O trabalho analisa os resultados, alcançados por alunos, de uma proposta de formação docente em nível de pós-graduação *lato sensu,* trazendo questões e tensões observadas. Trata-se de pesquisa finalizada em 2012, no estado de São Paulo, referente a 744 trabalhadores docentes da área de educação profissional em saúde, também alunos de uma proposta de formação continuada desenvolvida em colaboração com seis instituições de Ensino Superior. A avaliação reuniu um conjunto significativo de dados e informações a partir de observação direta, realização de entrevistas e grupos focais, além da aplicação de questionários e da análise de Trabalhos de Conclusão de curso dos participantes da formação, o que trouxe, certamente, contribuições para a área. Os resultados, de forma geral, apontam para a dificuldade de os alunos-docentes superarem visões unilaterais sobre a realidade em que atuam como docentes e trabalhadores da área de saúde.

Palavras-chave: Trabalho docente. Formação docente em saúde. Avaliação.

[a] Faculdade de Educação, Universidade Federal Fluminense. Rua Professor Waldemar Freitas Reis, s/nº. Niterói, RJ, Brasil. 24210-201. mariaines.uff@gmail
[b] Escola de Governo em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. valeria.morgana@ensp.fiocruz.br
[c] Diretoria de Planejamento, Vice-Presidência de Gestão e Desenvolvimento Institucional, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. leda@fiocruz.br

Formação docente na área da saúde: a neutralidade impossível

No Brasil, no longo e descontinuado processo de construção do Sistema Único de Saúde-SUS, iniciado após a promulgação da Constituição Federal de 1988, período de permanentes disputas em torno de projetos diferentes de sociedade e de saúde pública, a questão da formação das equipes tornou-se preocupação crescente, particularmente, devido ao grande contingente de trabalhadores com precária ou nenhuma qualificação[1].

A formação dos trabalhadores do SUS exige, assim, que a situemos no cenário político brasileiro, no qual conquistas formais de décadas anteriores não foram asseguradas plenamente. Preservar e ampliar essas conquistas exige luta permanente. Buscando pensar socialmente a formação de trabalhadores, escolas públicas de educação profissional técnica na área de saúde resistem, vinculando suas propostas às demandas locais da população. Entretanto, a educação profissional na área é atividade essencialmente privada.

A avaliação aqui discutida teve como sujeitos os alunos participantes de um curso de formação de professores, já graduados em diferentes áreas da saúde, e que exerciam a docência em escolas públicas, filantrópicas e privadas do estado de São Paulo entre os anos de 2010 e 2012. Trata-se, essencialmente, de uma avaliação dos resultados alcançados pelos participantes em face do perfil esperado ao final do Curso de Formação Docente em Educação Profissional Técnica na Área da Saúde, desenvolvido pela Escola de Governo da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca-ENSP, da Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz, em nível de pós-graduação *lato sensu*[(d)].

A proposta formativa incorpora os valores e princípios democráticos do movimento sanitário brasileiro como marcos conceituais, adotando a história das lutas sociais por saúde no Brasil como eixo de sustentação da estrutura curricular, de forma a subsidiar a análise da complexa realidade do setor e do processo histórico de defesa da saúde pública. Aos seus concluintes – isto é, aos graduados nas subáreas de Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional – que atuam em instituições de educação profissional, no âmbito do SUS, a formação conferiu o título de especialista na docência em educação profissional técnica de nível médio na área da saúde.

Em síntese, pode-se dizer que esta formação, que não é neutra, prioriza a reflexão e a crítica sobre o trabalho docente realizado nas escolas de educação profissional que formam trabalhadores para o SUS; e, também, a oferta de bases para a construção de outras práticas nessa área, sem desconsiderar, de um lado, que o trabalho em saúde é fortemente marcado pela divisão técnica e, de outro, que as efetivas transformações na realidade em saúde e em educação demandam transformações no modelo social. Diferentemente de outras propostas, portanto, a formação docente avaliada não ignora as diferenças de classe, "como se o simples fato de exercer a profissão docente isentasse esses profissionais de valores, concepções e compromissos de classe"[2] (p. 669).

Avaliação: sentidos, pressupostos e aspectos metodológicos

No país, apesar dos avanços das últimas décadas, ainda são insuficientes os estudos sobre metodologias e processos de avaliação[3], especialmente quando as políticas avaliadas se distanciam da busca pela produtividade, modelo

[(d)] Pesquisa realizada com o apoio da FUNDAP - Fundação do Desenvolvimento Administrativo.
Instituições participantes da formação: Universidade do Estado de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem, Departamento de Orientação Profissional; USP Campus Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem; Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), Coordenação de Enfermagem; Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Coordenação de Enfermagem; Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Universidade Estadual Paulista (Unesp) Campus Botucatu, Departamento de Enfermagem.

transposto do mundo da produção de mercadorias, mediante o qual há a aplicação uniformizada de indicadores quantitativos traduzidos em metas que desconsideram a realidade na qual as políticas estão inseridas[4].

No contexto da Reforma de Estado, a avaliação ganhou centralidade como instrumento de gestão nos anos de 1990, transformando-se em área prioritária para cooperação multilateral, de modo a alcançar um novo perfil de eficiência e qualidade no setor público. Reconhecendo a existência de tensões e conflitos na luta pela hegemonia na definição do sentido e dos modelos de avaliação, particularmente na área social, destaca-se que a ideia de qualidade vinculada à produtividade revigorou, nos últimos anos, o tecnicismo característico da pesquisa sobre formação docente nos anos de 1970[5]. Nessa perspectiva, concebe-se que todos os fenômenos são passíveis de serem observados diretamente, medidos, experimentados e testados.

Estudos na área de avaliação vêm sinalizando lacunas nas propostas desenvolvidas, tanto pela compreensão de que o objeto de investigação pode ser inteiramente controlado, como pela falta de explicitação de pressupostos teóricos utilizados ou, ainda, pela dificuldade na construção de indicadores de qualidade social. Tendo em vista esses limites e considerando-se a polissemia que envolve o conceito de qualidade, retoma-se, neste trabalho, a ideia de *qualidade social* cunhada no campo da educação brasileira a partir de 1997, cuja origem está nas deliberações do II Congresso Nacional de Educação (CONED), realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais. A educação foi defendida como um instrumento de formação ampla, de luta pelos direitos da cidadania e da emancipação social, preparando as pessoas e a sociedade para a responsabilidade de construir, coletivamente, um projeto de inclusão e de *qualidade social* para o país, o que significa priorizar a luta pela saúde, na nossa avaliação.

A concepção de formação docente com *qualidade social*, cujo sentido permanece em discussão[6-8], ultrapassa a aprendizagem de conteúdos necessários ao conhecimento das disciplinas que compõem tradicionalmente os currículos. Inclui a preocupação em fornecer subsídios para que os alunos possam pensar, refletir, questionar, posicionar-se perante a vida e a realidade em que atuam, o que requer apropriação dos saberes historicamente produzidos.

A avaliação em tela considerou, de forma central, a categoria *totalidade*, buscando compreender nexos e tensões existentes entre os resultados alcançados pelos alunos da formação docente e os condicionantes estruturais e conjunturais na realidade pesquisada[(e)], capazes de limitar ou estimular o desenvolvimento de propostas com *qualidade social* para todos. Vale lembrar que tal consideração não significa ignorar a rica diversidade que caracteriza a realidade em saúde. Pelo contrário, se o diverso resulta de uma realidade com igualdade de condições, configura-se como rica possibilidade de escolhas para os alunos-docentes.

[(e)] Trata-se de uma categoria metodológica central no materialismo histórico dialético. Totalidade não significa todos os fatos, e sim realidade como um todo estruturado, dialético.

Fugindo do falso antagonismo quantitativo/qualitativo, optou-se pelo uso combinado de abordagens e técnicas de modo a construir interpretações amplas para a realidade analisada, constituída por dimensões históricas, políticas, econômicas e culturais. Todos os instrumentos utilizados foram orientados pelos indicadores criados, cabendo assinalar que indicadores "mesmo quando são muito potentes, [...] assinalam determinadas tendências, mas não trazem certeza absoluta quanto aos resultados de uma ação ou de um processo"[9] (p. 106). Nessa construção, considerou-se, também, o sentido da avaliação proposto pela própria formação docente desenvolvida. Nela, valoriza-se o processo de crescimento da visão de mundo, de compreensão da realidade, de produção do novo, de avaliação de uma determinada realidade.

Assim, os indicadores de avaliação foram definidos tendo em mente seis atitudes/compromissos esperados depois da formação: I. Capacidade de articular problemas particulares da saúde e da educação aos condicionantes da realidade sócio-histórica; II. Compromisso em relação à saúde como direito, às necessidades sociais de saúde, aos usuários como sujeitos de direitos, aos alunos como sujeitos que produzem cultura; III. Capacidade de compreensão do significado da luta coletiva permanente por uma política de Estado comprometida com os usuários do SUS; IV. Construção pessoal de uma atitude crítica e emancipadora em relação aos valores hoje hegemônicos na área da saúde; V. Capacidade de propiciar, aos alunos, as possibilidades de construção individual e coletiva de uma perspectiva crítica e emancipadora, comprometida com os valores do SUS, incorporados do movimento sanitário brasileiro; VI. Capacidade de escolher e desenvolver, com autonomia intelectual, social e ética, práticas pedagógicas com base nas necessidades de saúde das pessoas e das populações.

O perfil dos sujeitos participantes da avaliação

Se é certo que os trabalhadores, de forma geral, têm suas possibilidades constrangidas nas sociedades mercantilizadas, também é verdade que o trabalho em educação, assim como em saúde, tem suas especificidades e potencialidades. Isso porque os atos de dar aulas ou de cuidar são inseparáveis do seu consumo por seres humanos. Em síntese, pode-se dizer que o trabalho docente em saúde é capaz de reiterar fragmentações, subordinações, ceder às pressões do mercado por uma educação que assegure ganhos mais rápidos aos que compram a força de trabalho, mas pode, também, mediar interesses da maioria da população.

Embora não existam dados disponíveis suficientes sobre o professor de educação profissional da área da saúde ou sobre a especificidade do seu trabalho, pode-se indicar que a formação de trabalhadores não constitui prioridade profissional para a maioria dos enfermeiros, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos etc. A docência é compreendida como atividade complementar; os professores da rede pública, frequentemente, não são concursados, nem sempre há plano de carreira ou piso salarial, tal como existe na Educação Básica, e o trabalho de ensinar não é valorizado, necessariamente.

Paradoxalmente, a educação profissional técnica é, hoje, fortemente regulamentada tanto pelo Ministério da Educação como pelos Conselhos Estaduais de Educação. No caso específico do estado de São Paulo, por exemplo, não é possível ser professor de educação profissional em todas as áreas sem ter cursado formação em nível Superior (licenciatura) ou estar cursando curso equivalente. Os órgãos normativos exigem das escolas os mesmos documentos requeridos para os demais cursos, entre eles: o projeto político-pedagógico e o plano de curso. Diante disso, o debate sobre a profissionalização do docente em educação profissional na área da saúde não pode ser postergado.

Cabe observar que a oferta de licenciaturas na área da saúde vem sendo reduzida. De outro lado, cursos como os de Medicina e de Odontologia não incorporam a formação para a docência, restando, aos graduados dessas áreas, buscar complementações pedagógicas para a atuação como professores das escolas de educação profissional. Dessa forma, pautados nos modelos tradicionais que tiveram em sua própria formação, os profissionais de saúde que assumem a docência vêm aprendendo a fazer na prática, sem a reflexão sobre o significado da formação de trabalhadores no âmbito da saúde pública[10].

Os participantes da avaliação são profissionais da área de saúde e docentes, simultaneamente. Algumas características desses sujeitos contribuem para a análise dos resultados alcançados ao final da formação docente. De forma ampla, é possível afirmar que há muito em comum entre os alunos do curso, o que permite, com razoável segurança, indicar o perfil do professor da educação profissional na área de saúde no estado de São Paulo, como relatado a seguir.

Predominam os graduados em Enfermagem, as mulheres de até quarenta anos de idade e as casadas. Cerca da metade tinha seu principal emprego na rede pública de assistência. O contingente mais significativo trabalhava em unidades de internação, seguido de perto por aqueles que atuavam na atenção básica. Pelo que se percebeu nos depoimentos nos grupos focais, a opção pelo magistério também é uma alternativa à falta de empregos na área da saúde, embora as oportunidades para docentes também sejam reduzidas.

A metade, aproximadamente, indicou ter apenas um emprego na ocasião da pesquisa, embora da mesma forma seja relevante o percentual daqueles que informaram ter dois ou mais vínculos. De todo modo, a jornada semanal de trabalho do conjunto de alunos-docentes sugere que as possibilidades de dedicação ao curso, tal como desejado, podem ter sido limitadas para uma parcela expressiva, visto que cerca de um terço trabalhava mais de quarenta horas por semana, conforme revela o Gráfico 1. Além disso, observou-se que alguns deles atuavam em vários municípios, nem sempre próximos, em diferentes redes (municipal, estadual), frequentemente como plantonistas únicos.

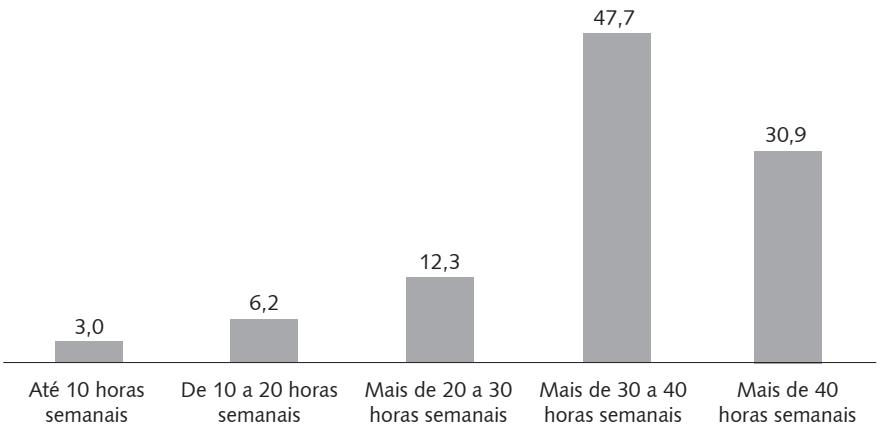


Gráfico 1. Distribuição (%) dos alunos docentes, por sua carga horária total de trabalho semanal; 2011/2012

A pesquisa também indagou a renda familiar dos participantes. Mais de um terço situava-se na faixa compreendida entre R$ 2.489,00 e R$ 3.732,00. Quando somados às faixas anteriores, verifica-se que 66% do total tinham, como renda familiar, até R$ 3.732,00[f]. Nos grupos focais, foi possível notar que os participantes sentiam-se sobrecarregados, às vezes acumulando outras funções em nível Médio, para as quais foram concursados antes de se graduarem nos cursos superiores da área da saúde.

[f] Equivalente a 5,5 salários-mínimos nacionais, em 2013.

A maioria dos alunos-docentes era religiosa, predominando os católicos, os evangélicos e os espíritas. A significativa presença da religiosidade entre os alunos-docentes é uma realidade que não pode ser desprezada, uma vez que, para as religiões, em geral, a emancipação tem sua origem especialmente numa transformação interior, sendo a realidade externa muito difícil de ser alterada. Essa concepção se distancia da proposta do curso não apenas sobre a forma de conceber a realidade objetiva, como, também, sobre as possibilidades de transformá-la.

Os dados revelam que era baixa a inserção dos alunos-docentes em algum tipo de movimento coletivo, prática estimulada pela formação: 12,8% participavam de atividades sindicais e/ou movimentos sociais, culturais e religiosos e apenas 2,9% militavam em algum partido político. Nos grupos focais, percebeu-se que essa participação em movimentos sociais podia, na maioria das vezes, ser traduzida

como algum tipo de atividade voluntária ou religiosa. Há, também, algumas poucas referências à participação em conselhos municipais de saúde, marcadas pelo desencanto com a forma pela qual são frequentemente escolhidos os conselheiros, isto é, com base em critérios político-partidários, segundo os sujeitos da avaliação. De outro lado, a não-participação dos alunos-docentes, especialmente em sindicatos, diz respeito a um sentimento comum de não-comprometimento das atuais gestões com os seus interesses mais imediatos e, ainda, com a falta de tempo.

Em relação à inserção do trabalhador docente na escola de educação profissional, pode-se indicar que há situações distintas: profissionais de saúde contratados formalmente por entidades filantrópicas, com parte de sua carga horária dedicada à docência nas escolas da própria instituição; profissionais recrutados exclusivamente para assumir uma ou mais disciplinas e remunerados por hora-aula; e, em menor número, profissionais estatutários e celetistas contratados para a docência. Verificou-se, entretanto, que a maior parte não tinha vínculo formal com as instituições. A desvalorização da profissão docente foi tema discutido, com frequência, nos grupos focais promovidos. Para além da questão dos vínculos e da remuneração, alunos-docentes constataram o baixo valor social da docência.

Embora a valorização e a formação das equipes do Sistema Único de Saúde (SUS) permaneçam como um dos principais desafios no campo da saúde pública comprometida com as necessidades sociais da população, a tradição formativa do setor, majoritariamente privado no caso da qualificação dos trabalhadores, frequentemente desconsidera que é na organização da vida social, com seus conflitos e contradições, que se definem as práticas de saúde e de formação humana.

Avaliação: questões e tensões observadas

Nos limites deste trabalho, apresentam-se, a seguir, questões e tensões observadas. A avaliação, como assinalado, teve como foco os resultados alcançados pelo aluno-docente em face do perfil esperado ao final do processo de formação. Para tanto, foram definidos, como indicadores, seis compromissos/atitudes esperados ao final do curso, privilegiando, entre outras, a capacidade de articular as questões da saúde com os condicionantes da realidade sócio-histórica e de compreender o significado da luta coletiva por uma política de Estado comprometida com os usuários do SUS.

Pode-se indicar que, nos grupos focais, foram insistentemente destacadas a preocupação com direitos sociais não assegurados e a insuficiente qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS. Igualmente, foram frequentes as manifestações de compromisso com os usuários como sujeitos de direitos. Contudo, o que, efetivamente, chamou a atenção nos grupos focais foram os relatos sobre a forma pela qual a maioria dos participantes passou a valorizar os alunos-trabalhadores do SUS, depois da formação docente.

De outro lado, frustração, angústia e indignação foram sentimentos relatados por alunos-docentes, nos grupos focais, diante de situações do trabalho nos serviços de saúde e nas escolas, evidenciando tensões entre as potencialidades transformadoras e as limitações existentes, restringindo possibilidades de intervenção criativa e coletiva, pautadas pela ética e pela justiça. Trata-se de um sofrimento sentido em virtude da diferença entre o que aluno-docente sabe que poderia fazer e o que, efetivamente, consegue fazer nas condições objetivas em que atua, agravadas pelas novas formas de materialização do trabalho[11,12].

Os resultados da avaliação, de forma geral, apontam para a dificuldade de os alunos-docentes superarem visões unilaterais sobre a realidade em que atuam. De fato, a maioria posiciona-se criticamente sobre a forma pela qual o SUS vem sendo organizado desde a sua criação nos municípios e na região; sobre avanços e limites dessa construção, e sobre os desafios diários das equipes nos serviços e dos professores nas escolas de educação profissional. No entanto, não mencionam, na maioria das vezes, a necessidade de os trabalhadores e os serviços de saúde adotarem uma perspectiva ampla na análise da questão da saúde, e não somente da doença, incorporando o maior número possível de conhecimentos de outras áreas. Prevalece, assim, em boa parte das vezes, a visão de que os problemas de saúde de seus municípios/regiões decorrem, isoladamente: da gestão municipal, de questões político-partidárias, das equipes, especialmente dos médicos, ou, ainda, dos próprios usuários que não assumem a prevenção.

Numa análise mais rigorosa e profunda da questão, seria necessário considerar, além da educação para hábitos saudáveis, outras dimensões do problema, como: o desemprego, as condições impróprias de trabalho da população brasileira, a precarização das relações de trabalho, a falta de moradia adequada, o transporte insatisfatório e a própria destituição do direito à educação em níveis mais elevados de escolarização sofrida por boa parte dessa população, questões enfaticamente tratadas ao longo da formação. Compreender a realidade "implica ultrapassar as aparências, implica captar o que está oculto e é isto que justifica o empreendimento científico"[13] (p. 44).

Outras questões e tensões foram observadas em relação à inserção do professor na escola de educação profissional. Há, por exemplo, elementos a serem considerados no que concerne à participação efetiva do professor na construção/atualização de projetos político-pedagógicos e na elaboração de planos de curso. Embora fosse esperado que os projetos já estivessem elaborados, em virtude das prescrições da Lei de Diretrizes e Bases – LDB (Lei nº. 9.394/96) e, posteriormente, dos sistemas de ensino locais, seria desejável que tais projetos fossem alvo de atualizações frequentes, com a participação ampla de professores, alunos e funcionários, além da comunidade externa.

No entanto, isso poucas vezes acontece. Conforme a Tabela 1, 14,7% dos alunos-docentes indicaram que o projeto político-pedagógico sequer foi disponibilizado pela escola.

Tabela 1. Distribuição (%) dos alunos-docentes, por tipo de participação no planejamento pedagógico, segundo alguns itens - 2012

Itens	Alunos-docentes (%) Tipo de participação					
	Total	Já estava pronto (a) e tomei conhecimento	Participei da elaboração/ revisão	Sou o principal responsável pela elaboração	Não senti necessidade de conhecer	Não foi disponibilizado pela escola
Projeto político-pedagógico da instituição	100,0	76,4	7,5	0,8	0,7	14,7
Plano do Curso (objetivos, conteúdos) no qual está inserida a disciplina/módulo/área em que atua	100,0	71,6	18,7	6,8	0	2,9
Planos de aulas ou de estágio supervisionado	100,0	43,3	24,3	30,4	0	2,0
Provas e demais avaliações a serem realizadas pelos alunos	100,0	14,1	30,1	53,0	0	2,9
Materiais didáticos do aluno	100,0	50,1	18,0	25,9	0	6,0
Materiais pedagógicos de ensino	100,0	51,1	20,0	24,6	0	4,4

É importante reiterar que o projeto político-pedagógico é um documento teórico-prático elaborado coletivamente pelos sujeitos da escola. Ele registra os fundamentos políticos e filosóficos nos quais a comunidade acredita e que deseja praticar; define seus valores e princípios; sistematiza os indicadores de uma boa formação; e qualifica as funções sociais e históricas de responsabilidade da escola[14]. Entretanto, nas escolas, de forma geral, as discussões em torno do projeto político-pedagógico parecem hibernadas, expressando um claro recuo da gestão participativa, especialmente nas instituições públicas.

A baixa participação docente também ocorre em relação à construção dos planos de curso, nos quais os objetivos e os conteúdos de ensino são descritos, visto que apenas 5% dos entrevistados foram os responsáveis por essa elaboração/atualização. As possibilidades de participação docente estão frequentemente limitadas ao fazer diário, isto é, à elaboração do plano de aula e à definição de instrumentos de avaliação do aluno – atividades em que a maioria dos ouvidos participa ou é o principal

responsável. Por tudo isso, não há como deixar de pensar na possibilidade de o vínculo precário desses trabalhadores docentes com as escolas e a sobrecarga de trabalho definirem a sua limitada participação nos rumos das decisões da educação profissional desenvolvida[g].

Finalmente, de forma breve, indicam-se desafios encontrados em relação ao Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, obrigatório nos cursos de pós-graduação *lato sensu*. Não é novidade que a produção de textos traz dificuldades para os alunos também em decorrência dos limites da Educação Básica que receberam. Essa é uma realidade vivida diariamente nas universidades brasileiras. Revelar domínio dos mecanismos de construção da língua escrita em nível de formalidade e correção compatíveis com a situação acadêmica, na perspectiva de produção de textos com coesão e coerência, por exemplo, é dificuldade notória.

Para além dessa restrição, nos TCCs, ficou mais clara, ainda, a dificuldade de os alunos-docentes analisarem, de forma ampla, a realidade, sendo, mais uma vez, explicitadas visões parciais dos problemas da saúde e da educação, a despeito de outros condicionantes estruturais e conjunturais dessa realidade. As condições concretas de trabalho e de estudo, a carga horária total da proposta e o tempo destinado ao TCC, por exemplo, são elementos a serem considerados em outras oportunidades formativas.

[g] A esse respeito, sublinha-se que a participação política dos profissionais docentes nas decisões que envolvem a questão pedagógica é uma das lutas antigas da categoria docente, luta que sofreu esvaziamento importante a partir do final dos anos de 1990, quando a produtividade da escola passou a ser a prioridade das políticas públicas na área da educação.

Considerações finais

Sem a pretensão de esgotar a temática aqui discutida, é possível indicar elementos para novas investigações. Primeiramente, é oportuno destacar o potencial da formação docente na área de educação profissional, no âmbito do SUS, não como a formação que, em si mesma, resolve os problemas de saúde do país ou, ainda, que se define como condição para que os trabalhadores mantenham-se afinados às necessidades do mercado. Defende-se uma formação consistente voltada para a leitura do mundo e a atuação crítica, diferente, portanto, dos processos formativos comprometidos com a ordem social existente, em que o professor não é colocado em uma situação de tensão, mas de acomodação. "O cidadão está de um lado, o professor de outro. Entretanto, o principal elemento na condição humana do professor é o cidadão"[15] (p. 21).

As capacidades esperadas e os indicadores de avaliação traduzem compromissos e atitudes de grande amplitude, considerando-se a realidade brasileira, as condições concretas de vida e trabalho dos alunos-docentes, bem como as características da formação Superior recebida, nas quais saúde e educação são vistas, por vezes, como aspectos isolados do todo social, sendo a saúde pública conteúdo acessório.

Os limites em relação aos resultados observados não podem deixar de considerar essa realidade. Pelo contrário, trata-se de pensar em condições para que as atitudes e compromissos esperados possam ser assumidos por todos com *qualidade social*, de forma a romper com concepções restritas sobre a relação entre a sociedade, a saúde e a educação. De acordo com essas concepções, que alguns autores denominam de ingênuas, os problemas sociais demandam, apenas, soluções educacionais. Esse posicionamento capta as relações entre saúde, educação e sociedade pela via do imediatamente visível, acreditando que as coisas são como se apresentam diante de nós[16-18].

Sublinha-se, finalmente, que a organização do trabalho docente nas escolas envolvidas contribui para limitar os resultados esperados, visto que a formação docente teve, como um dos seus pilares, o trabalho coletivo e a participação

efetiva dos docentes nos rumos da escola, sendo propostas várias atividades acadêmicas nessa direção ao longo do processo formativo. Considera-se, ainda, que um projeto coletivo transformador, articulado a uma totalidade de mudanças no setor saúde, exige alterações mais profundas em outros setores, no Estado, na sociedade e nas instituições.

Os dados encontrados indicam que o espaço mais propício à discussão coletiva é o da escola pública, seguido do da escola filantrópica. Pelo contrário, a escola privada apresentou mais impedimentos à realização desse trabalho, segundo os participantes. Cabe, entretanto, ressaltar que o grande limite observado em relação à participação concreta de alunos-docentes nas escolas diz respeito ao tipo de vínculo funcional. Alunos-docentes com vínculo formal tanto na escola pública como na privada ou na filantrópica participam mais do que aqueles que não têm nenhuma forma de vínculo, em virtude do tempo que podem dedicar à escola.

É preciso reconhecer que, para além do curso, a trajetória profissional, a experiência docente e outras formações anteriores podem ter contribuído, em níveis diversos, para que tais atitudes e compromissos esperados fossem ou não assumidos pelos alunos-docentes. De toda forma, os resultados aqui descritos são suficientemente ricos para subsidiar a reflexão sobre propostas críticas de formação de professores.

Por fim, cabe lembrar que, em 2013, o Brasil comemorou 25 anos da conquista do direito universal à saúde na Constituição Federal, fruto da luta empreendida pelo movimento sanitário, em especial nos anos de 1980, período de fortalecimento inédito da organização popular e de avanços sociais no país. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano, o que exige, igualmente, condições dignas de habitação, renda, alimentação e educação, entre outras[19].

Colaboradores

As autoras trabalharam juntas em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. Lima J, Matta G, organizadores. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

2. Kuenzer A. A formação de professores para o ensino médio: velhos problemas, novos desafios. Educ Soc. 2011; 32(116):667-88.

3. Arretche M. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. Rev Bras Cienc Soc. 2003; 18(51):7-9.

4. Lima L. Investigação e investigadores em educação: anotações críticas. Sísifo [Internet]. 2010 [acesso 2012 Maio 5]; 12:63-72. Disponível em: http://sisifo.fpce.ul.pt

5. Gatti B. Formação de professores, pesquisa e problemas metodológicos. Contrapontos. 2003; 3(3):381-92.

6. Frigotto G. A qualidade da educação básica no Brasil: um contraponto à concepção hegemônica. In: Bertussi G, coordenador. Anuário Educativo Brasileiro. São Paulo: Cortez; 2011. p. 15-28.

7. Dourado L, Oliveira J. A qualidade da educação: perspectivas e desafios: Cad Cedes. 2009; 29(78):201-15.

8. Fonseca M. O Projeto Político-Pedagógico e o Plano de Desenvolvimento da escola: duas concepções antagônicas de gestão escolar. Cad Cedes. 2003; 23(61):302-18.

9. Minayo MC, Assis S, Souza E. Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

10. Ludke L, Cutolo LR. Formação de docentes para o SUS: um desafio sanitário e pedagógico. Sau Transf Soc. 2010; 1(1):88-98.

11. Dejours C. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: FGV; 2005.

12. Kuenzer A. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros se encontram no sofrimento do trabalho. Trab Educ Saude. 2004; 2:239-65.

13. Saviani D. Problemas sociais e problemas de aprendizagem. In: Saviani D. Educação e questões da atualidade. São Paulo: Cortez; 1991. p. 41-55.

14. Silva MA. Do projeto político do BM ao projeto político-pedagógico da escola pública brasileira. Cad Cedes. 2003; 23(61):283-301.

15. Fernandes F. A formação política e o trabalho do professor. In: Catani D. Universidade, escola e formação de professores. São Paulo: Brasiliense; 1986. p. 15-27.

16. Gasparin JL. Uma didática para a pedagogia histórico-crítica. Campinas: Autores Associados; 2005.

17. Saviani D. Educação: do senso comum à consciência filosófica. Campinas: Autores Associados; 2000.

18. Pinto VA. Sete lições sobre educação de adultos. São Paulo: Cortez; 1982.

19. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca. Formação docente em educação profissional técnica na área da saúde: o SUS e os processos de trabalho em saúde. In: Pinto H, coordenador. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.

Bomfim MI, Goulart VMP, Oliveira LZ. Formación docente en el área de la salud: evaluación, cuestiones y tensiones. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):749-58.

El trabajo analiza los resultados de una propuesta de formación docente en nivel de postgrado *lato sensu*, presentando cuestiones y tensiones. Se trata de un estudio terminado en 2012, en el Estado de São Paulo, referente a 744 docentes del área de educación profesional de salud, alumnos de una propuesta de formación continua desarrollada en colaboración con seis instituciones de la Enseñanza Superior. La evaluación reunió un conjunto significativo de datos e informaciones a partir de la observación directa, entrevistas y grupos focales, además de la aplicación de cuestionarios y del análisis de trabajos de conclusión de curso de los participantes de la formación, lo que con seguridad proporcionó contribuciones al área. Los resultados señalan la dificultad de los alumnos-docentes de superar visiones unilaterales sobre la realidad en la que actúan como docentes y trabajadores de la salud.

Palabras clave: Trabajo docente. Formación docente en salud. Evaluación.

Recebido em 03/12/13. Aprovado em 24/06/14.

DOI: 10.1590/1807-57622013.0967

Una estrategia didáctica para la formación de educadores de salud en Brasil:
la indagación dialógica problematizadora

Ana Lía De Longhi[a]
Gonzalo Miguel Angel Bermudez[b]
Patricia Lima Dubeux Abensur[c]
Lidia Ruiz-Moreno[d]

De Longhi AL, Bermudez GMA, Abensur PLD, Ruiz-Moreno L. A teaching strategy for education in health in Brazil: dialogic problematizing inquiry. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):759-69.

This paper presents a teaching strategy for education of health professionals called "Dialogic Problematizing Inquiry" (DPI), which was evaluated in the course "Teaching Methodology in Health Education", promoted by the Development of Higher Education in Health Center, at Federal University of Sao Paulo. It was designed in the framework of a bilateral project between Brazil and Argentina, and was developed in presencial and virtual format. The implementation of DPI generated a communication dynamic that was coherent with a constructivist perspective and enabled a change in teacher and students communication manners, which were guided by close-to-student-problematizing situations. The implementation of this teaching innovation was consistent with the curriculum changes stemming from current health policies in Brazil.

Keywords: Problematization. Higher education. Communication. Health education. Teaching.

El trabajo presenta una propuesta didáctica para la formación docente de profesionales del área de la salud denominada "Indagación Dialógica Problematizadora" (IDP) y probada en el espacio curricular "Formación didáctico-pedagógica en salud" del Centro de Desarrollo de la Enseñanza Superior en Salud (CEDESS), Universidad Federal de San Pablo. La misma se diseñó en el marco de un proyecto binacional entre Brasil y Argentina, y se desarrolló en formato presencial y virtual. La implementación de IDP permitió generar una dinámica comunicacional coherente con el posicionamiento constructivista y posibilitar un cambio en las formas comunicativas del docente y de los alumnos, guiadas desde la problematización de situaciones cercanas a las experiencias de los mismos. La implementación de esta innovación educativa fue coherente con los cambios curriculares derivados de las actuales políticas de salud para Brasil.

Palabras clave: Problematización. Enseñanza superior. Comunicación. Formación en salud. Docencia.

[a,b] Facultad de Ciencias Exactas Físicas y Naturales, Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Av. Vélez Sársfield 1611, CP X 5016 GCA. Córdoba, Argentina. analiadelonghi@yahoo.com.ar; gbermudez@com.uncor.edu
[c,d] Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (Cedess), Universidade Federal do Estado de São Paulo (Cedess/Unifesp). São Paulo, SP, Brasil. patricia.abensur@unifesp.br; lidia.ruiz@unifesp.br

Introducción

En los últimos años, la enseñanza superior de profesionales de la salud de Brasil ha experimentado grandes cambios curriculares influenciados por la implementación del Sistema Único de Salud (SUS)[1] y las Directrices Curriculares Nacionales (DCN)[2]. Los cambios curriculares y de la praxis promovidos desde ellas han superado el antiguo paradigma biomédico[3] y la concepción de salud como "ausencia de enfermedad"[4]. Sus objetivos plantean la transformación de las prácticas profesionales y de la propia organización del trabajo, la estructuración a partir de la problematización de procesos laborales y la capacidad de dar recepción y cuidado a varias dimensiones de la salud de las personas. Sin embargo, Burg Ceccim y Macruz Feuerweker[5] afirman que este ámbito se caracteriza por la preponderancia de propuestas intuitivas, carentes de formulaciones teórico-conceptuales y de discusión clara de las características de los procesos de la enseñanza-aprendizaje. Así, las DCN se ubican generalmente en el plano de las recomendaciones. Por todo lo anterior se promueven procesos de formación en salud que incorporen competencias didáctico–pedagógicas que superen la perspectiva mecanicista y paternalista de la salud[3,6]. En particular, las DCN de los cursos del área de la salud destacan la habilidad de comunicación como una de las competencias generales de los profesionales. Por ejemplo el médico debería ser capaz de comunicarse efectivamente con sus pacientes y los familiares[7].

En el Centro de Desarrollo de la Enseñanza Superior en Salud (Cedess) de la Universidad Federal de San Pablo (Unifesp) se ofrece la materia "Formación didáctico-pedagógica en salud", a la que asisten graduados de distintas profesiones (medicina, enfermería etc.) y donde se concreta la presente innovación. La misma tiene como objetivo una propuesta didáctica cuyo eje es la comunicación y la construcción del conocimiento desde una problematización anclada en su práctica profesional, denominada "Indagación Dialógica Problematizadora", estrategia probada tanto en el nivel universitario de grado[8], como en el secundario y primario de Argentina[9].

Una estrategia didáctica centrada en la comunicación y la problematización

Un hospital, un consultorio, una guardia y un servicio de salud representan espacios comunicativos que pueden ser interpretados como un escenario didáctico donde alguien enseña, alguien aprende y un conocimiento. En ellos se generan intercambios factibles de ser analizados didácticamente ya que promueven la interacción entre personas desde un determinado conocimiento. Allí también se asumen roles de docente (profesionales de la salud de diferentes áreas) y de estudiante (generalmente el paciente u otro profesional en formación) quienes intercambian ideas, representaciones, discuten significados etc. Los contenidos de los mensajes, que pretenden ser comprendidos por los sujetos, son por ejemplo los síntomas, las políticas de salud y las normas de seguridad.

Este trabajo parte de una perspectiva que promueve la reflexión y la innovación educativa, contextualizada y adecuada a diferentes realidades, en oposición a una formación prescriptiva y normativa[6]. Se considera además la necesidad de una visión integral de los hechos donde se concretan las tres dimensiones de la didáctica: la humana, la técnica y la político-social[10].

Trabajar con el modelo de situaciones didácticas implica relacionar tres vértices del "triángulo didáctico" (docente, alumno, conocimiento) con dos procesos (enseñar y aprender), provocados desde la transposición de un conocimiento y una forma de comunicación en un contexto determinado. Lo anterior requiere de una competencia que no sólo incluye lo disciplinar y didáctico, sino también lo dialógico[9]. La dinámica de este modelo para esta innovación es constructivista, ya que se considera que la reconstrucción del conocimiento en el aula requiere un intercambio constante entre los participantes y de ellos con el conocimiento[11]. Los fundamentos de la IDP reconocen una intencionalidad anclada en la idea de "dialogicidad" en el proceso social de la enseñanza, la que se vincula a la teoría de la acción dialógica de Freire[12] y a la indagación dialógica de Wells[13]. A su vez, encuentra sus fundamentos psicológicos en la propuesta de Vygotsky[14] sobre la construcción histórica-social del conocimiento, y sus fundamentos psicolinguísticos en la consideración del lenguaje como mediador socio-lingüístico de los escenarios educativos[11].

Se plantea así un cambio respecto a una enseñanza "tradicional", donde se pasa de un docente que solo trasmite mensajes estructurados a uno que cumple el rol de animar y facilitar el proceso de construcción, buscando evitar la uni-direccionalidad del mensaje y promoviendo la circularidad del mismo[15]. Para lograrlo, resulta imprescindible planificar actividades para diferentes momentos de la clase: (a) *de inicio* o recuperación de ideas previas, (b) *de desarrollo*, que promuevan la construcción de significados compartidos, y (c) *de cierre* o *fin de la legitimación* de lo dado. La aplicación de la estrategia IDP da *circularidad* al proceso comunicacional desde las actividades, tanto en las modalidades presenciales como en las realizadas a distancia, favorecidas por instancias de narración, descripción, reflexión, explicación, discusión, argumentación y fundamentación de ideas[15]. Lemke[16] sostiene el intercambio de mensajes en una clase posibilita la construcción de tres tipos de significados: los creados desde el propio intercambio, los presentados y puestos en escena por cada participante desde su realidad social-profesional, y los interpretados por el docente y los otros participantes. En contextos virtuales de aprendizaje, la comunicación plantea desafíos a la noción de dialogicidad en tanto que la comunicación cara a cara está mediada por el uso de tecnologías. Levin et al.[17] argumentan que la comunicación asíncrona ha demostrado ser beneficiosa al permitir cierta flexibilidad en los horarios de los estudiantes, pero que carece de la interactividad en tiempo real (sincrónico), adoptando un formato diferente[18].

El otro fundamento sustancial de la estrategia IDP es la problematización. Existe un acuerdo en considerar un "problema" a una situación que presenta dificultades para las cuales no hay soluciones evidentes o una respuesta inmediata. El tratamiento de situaciones problemáticas da lugar a un hilo conductor que va permitiendo abordar los temas y abriendo nuevos interrogantes. Sin embrago, la "problematización" y el "aprendizaje basado en problemas" (ABP) son estrategias diferentes. La primera representa una metodología que puede ser utilizada para la enseñanza de ciertos temas, mientras que el ABP se trata de una orientación para estructurar un plan de estudios completo[19]. En el presente trabajo nos circunscribimos a un enfoque problematizador como una respuesta innovadora que desnaturaliza lo cotidiano y retoma los contextos concretos[20]. Es en la problematización donde reside el carácter político de la acción educativa, que debe comprometerse con la transformación social y el conocimiento de los derechos y deberes de los ciudadanos[12].

Transitar la enseñanza desde un proceso de problematización ayuda a los alumnos a aumentar el nivel de comprensión y a abordar los contenidos en niveles de complejidad creciente. A su vez, promueve, orienta y enriquece el diálogo entre los diferentes actores de la clase a través de debates y discusiones, las que traen aparejados cambios de opinión, la expresión de diferentes puntos de vista, la argumentación y la búsqueda del consenso.

Desarrollo

Contexto de la experiencia

Esta experiencia se enmarca en un proyecto binacional entre Argentina y Brasil que reúne equipos del Cedess (Brasil) y dos grupos especializados en formación de docentes de ciencias experimentales (Argentina). Se implementa la innovación en la disciplina "Formación Didáctico-Pedagógica en Salud", ofrecida a los alumnos de posgrado, desarrollada en encuentros presenciales y virtuales (formato bi-modal), a través del ambiente virtual de aprendizaje (AVA) – *Moodle*[21]. La estrategia IDP fue probada en dos casos para la enseñanza de contenidos diferentes: "evaluación" (Caso 1) y "currículo" (Caso 2). La secuencia de implementación de la IDP incluyó los siguientes pasos:

1 *Planificación de la innovación*: en primer lugar se elaboró la situación problemática. Para ello se identificaron temáticas, los interrogantes asociados, el grado de apertura de los problemas a fin de promover el intercambio de ideas, la recuperación de diferentes referentes y la introducción de conocimientos nuevos. A su vez, se realizó un diagnóstico del grupo de alumnos a fin de que la problematización retome los contextos sociales e institucionales en los que actúan los participantes.

Paralelamente se delinearon los logros de aprendizaje esperado y las actividades derivadas del planteo inicial del problema. Se diseño de la lógica de tratamiento para cada tema, es decir su recorrido temático.

2 *Implementación del diseño y seguimiento*: registro de actuaciones en clases presenciales y a distancia (pizarrón, foros virtuales, notas, video y audio). Se colectaron los siguientes materiales: intervenciones en la plataforma Moodle relativos a la participación de docentes y alumnos en foros, frecuencia, cantidad y calidad de estos mensajes, relatos y narrativas, y filmaciones de actividades presenciales. Estas últimas fueron transcriptas y cotejadas con la desgravación del audio de la clase y grupos de alumnos.

3 *Construcción del dato*: se construyeron los datos a partir de la identificación de los momentos de la clase (apertura, desarrollo y cierre), de intervenciones de legitimación de contenidos, de las orientaciones docentes que promueven la reflexión metacognitiva y la toma de decisiones, de la integración de saberes previos, la inclusión de nuevos conocimientos y la formulación de nuevos problemas.

4 *Análisis de datos* desde tres perspectivas:

• forma de construir conocimientos didácticos y disciplinares (dimensión conceptual, procedimental, actitudinal), de recuperar conocimientos previos, de construir colectiva y colaborativamente, de problematizar el contenido, de identificar dilemas y obstáculos, de transferir conocimientos a diversas situaciones, y de tomar decisiones fundamentadas.

• tipo de interacciones discursivas, intervenciones del profesor, tutor y alumnos, modelo de interacción discursiva establecida (docente/tutor-alumno, alumno-alumno), número, frecuencia, tipo y contenido de los mensajes y habilidades cognitivo-lingüísticas promovidas.

• forma y momento de meta-reflexión sobre el proceso de formación vivido.

Población estudiada

Participaron de la innovación 31 estudiantes de postgrado (24 de sexo femenino y siete de sexo masculino). La formación profesional de los alumnos correspondía a egresados de los cursos de Medicina (9), Nutrición (4), Biomedicina (5), Ciencias Biológicas (3), Psicología (2), Farmacia (2), Fisioterapia (2), Medicina Veterinaria (1), Educación Física (1), Química (1) y Enfermería (1). En relación a la formación superior, 13 eran egresados de instituciones de educación superior (IES) públicas y 18 de IES particulares. La mayoría de los alumnos provenía del Sudeste de Brasil (25). Al momento de la implementación solo cinco participantes (cuatro médicos y una enfermera) ejercían la docencia. La mayoría (18 alumnos) nunca había realizado cursos en la modalidad educación a distancia, mientras que 12 alumnos ya conocían y utilizaban el AVA *Moodle* en el rol de alumnos.

Resultados

A continuación se ejemplifican algunas de las etapas de la implementación de la IDP en la disciplina seleccionada para ambos casos.

a) Etapa de presentación del problema a los alumnos

Las situaciones problemáticas elaboradas estuvieron centradas en experiencias cotidianas y cercanas al contexto de los estudiantes. Éstas se presentan en el Cuadro 1 (Caso 1) y Cuadro 2 (Caso 2) junto con las consignas que iniciaron los intercambios entre docentes y alumnos.

Cuadro 1. Situación problemática y consignas de trabajo para el tratamiento del contenido "evaluación" (Caso 1).

(Caso 1) Tema: El cuarto del miedo.
"La escena tuvo lugar durante la evaluación de las prácticas de Salud de Adultos en el 3er año del curso de enfermería de una Universidad Pública Federal, donde el plan de estudios de este curso fue rediseñado recientemente para aproximar el alumno de la práctica profesional, de acuerdo con las DCN. Los estudiantes tienen un primer contacto con un paciente hospitalizado, sin haber tenido previamente clase de anamnesis y de examen físico. Era alrededor de la Pascua y la profesora había pedido a los estudiantes que estudiasen para un examen oral el lunes después del feriado. La estudiante contó: "Me comí el libro entero, o sea, lo tenía memorizado todo. Cuando llegó el momento, todos estaban alrededor del paciente, y el pobre sin entender nada de qué hablábamos, simplemente siguió mirándonos a la cara. La profesora preguntó: ¿Qué estás escuchando? Estaba tan nerviosa que no podía responder. ¡Me olvidé de todo! Una colega respondió por mí: "ruidos intestinales". La profesora tuvo la mayor rabieta y dijo que si quería llamar a mi colega, lo habría hecho. La profesora nos retó a todos delante del paciente y me hizo una pregunta aún más difícil que no estaba en el libro. Al final, ella dijo que el grupo era muy malo y que todos estábamos desaprobados."

Consigna:
- ¿Cómo usted calificaría esta escena?
- ¿Cuáles son los roles del profesor y del alumno?
- ¿Cuáles son las concepciones de enseñanza, aprendizaje y evaluación en este caso?
- Si usted fuera el maestro de la escena, ¿cómo habría sido su papel?
- ¿Qué criterios se habrían utilizado para evaluar a los estudiantes y con qué propósito?

Cuadro 2. Situación problemática y consignas de trabajo para el tratamiento del contenido "currículum" (Caso 2).

(Caso 2) Tema: ¿Quién enseña? ¿Quién aprende?
En una escuela de medicina en la región noreste el plan de estudios es disciplinar, separado en ciclo básico y ciclo clínico, con poca integración de contenidos y con predominio de clases magistrales. El escenario preferido generalmente es el aula, con algunas prácticas de laboratorio en hospitales de nivel medio y de alta complejidad, con una preponderancia del papel del médico en los equipos de salud.
En esta facultad, el grupo responsable de la aplicación del nuevo plan de estudios en el marco del Pro-Salud está formado por el coordinador del curso y la dirección de la universidad. Éstos decidieron introducir a los estudiantes de grado en la unidad de salud familiar con el fin de articular el proceso de enseñanza-servicio junto con comunidades carenciadas.
Poco después de que se anunciara la decisión, una serie de correos electrónicos fue enviada a la Directora de la escuela. La comunicación remitida por un representante estudiantil advirtió del peligro de que los estudiantes de medicina estuvieran en manos de médicos de los servicios de salud que estuvieran poco preparados, aludiendo a que "no estamos en la universidad para ser obligados a aprender a lidiar con los pobres". Un mensaje de un jefe de departamento que había recibido la visita de un grupo de estudiantes mostró su indignación por el hecho de que la universidad transfiriera la responsabilidad de la formación a profesionales académicamente descalificados. A su vez, la mayoría de los profesores del curso mostraron resistencia por los cambios propuestos. La situación se hizo más grave después de una llamada por teléfono de un representante de los médicos anunciando que la universidad debe estar preparada para enfrentar una gran resistencia de la amplia mayoría de médicos del Programa de Salud de la Familia-PSF, ya que este trabajo representa una explotación, no se les paga para enseñar a estudiantes y, por lo tanto, no puede ser parte de sus obligaciones.

Consigna:
- ¿Cuáles son los diferentes puntos de vista sobre formación médica presentes en el problema?
- ¿Cómo está estructurado el currículo del curso en cuestión y cuales los cambios propuestos?
- ¿Cómo consideran que está siendo implementada la reestructuración del currículo?
- ¿Cómo fue el currículo que ustedes vivieron durante el curso de grado?

b) Etapa de activación y confrontación de las ideas de los alumnos

En esta etapa se promovió la recuperación de los referentes lingüísticos y mentales de los alumnos. Para ello, se propuso el torbellino de ideas para expresar tanto acuerdos como desacuerdos con el problema planteado y los conflictos que dicha situación provoca. Se registraron múltiples respuestas que quedaron plasmadas en la plataforma *Moodle*, por ejemplo del Caso 1:

> "Yo también he vivido una experiencia como esta. Mi evaluación es que esta manifestación del poder del profesor es totalmente inadecuada, incluso para el método tradicional […]". (Alumno 1)

En los registros aparecen concepciones sobre el poder del profesor, métodos tradicionales, aprendizaje, relación docente-alumno-paciente, evaluación, preparación docente y ética profesional. Debido a la estructura que presenta el ambiente virtual y las pautas de intervención, fueron poco frecuentes los intercambios entre los alumnos, provocándose una estructura "radial" de comunicación.

En el Caso 2, la profesora menciona la existencia de un grupo responsable de la ejecución del nuevo plan de estudios. Los alumnos contestan que hay una necesidad de cambio en la institución y reflexionan sobre cómo este camino podría ser implantado en la comunidad académica. Destacan también la necesidad de la participación de profesores y estudiantes en el proceso de cambio curricular, haciendo referencia a sus experiencias. Por ejemplo, un alumno expresa:

> "Cuando uno va a poner en práctica cualquier plan de estudios siempre se necesita la ayuda de los profesores… porque todos participan de una integración... todos con un currículo común al principio, así entonces este tiene que ser distribuido de la mejor forma. Si bien esa toma de decisión fue coordinada con el profesorado, cuerpo estudiantil […] los estudiantes también participan […]". (Alumno 1)

c) Etapa de re-direccionamiento de las intervenciones y respuesta al problema

En esta etapa se valora si el torbellino de ideas de los alumnos se aboca correctamente a la temática y si el docente re-direcciona el tratamiento de la clase con nuevos interrogantes o re-contextualiza la situación problemática si fuera necesario.

En el Caso 1, luego de que unos pocos alumnos respondieran las preguntas iniciales, la profesora y moderadora del foro reorientó las intervenciones de los participantes. Ello favoreció que las respuestas de los alumnos se centraran en la situación problemática:

> "Como viene siendo explicitado en los mensajes, la escena genera múltiples posibilidades de análisis. Enfatizamos la importancia de considerar: i-¿Cómo usted valora la escena? ii-¿Cuáles son los papeles del profesor y del alumno? iii-En su opinión, ¿cuáles son las concepciones de enseñanza, aprendizaje y de evaluación de los alumnos y del profesor en este caso? iv-Si usted fuera el profesor de la escena descripta, ¿cómo hubiera sido su actuación? v-¿Qué criterios hubiera utilizado para evaluar a los estudiantes y con qué fin?". (Profesor)

Luego de estos y otros intercambios el profesor retomó el problema, realizó una síntesis sobre los conceptos de los alumnos y reorientó la discusión planteando nuevas preguntas.

> "¿Cuáles son las características del currículo del curso médico analizado? ¿Cuáles serían los aspectos que precisan cambiar considerando el actual contexto? …Creo que este análisis tiene un par de niveles: a nivel personal es el punto de vista del estudiante, de los médicos y de los directores del curso. Un segundo nivel es el institucional, [ya que se] está pasando por un cambio curricular y el propio servicio de salud precisa ser considerado. ¿Cómo se organiza este servicio para recibir a los estudiantes? ...Ahora, existe otro nivel que no aparece explícitamente en el texto pero que ustedes están mencionando, y es el nivel político… es decir, ¿en qué medida las políticas públicas inducen cambios?". (Profesor)

d) Etapa en que el docente retoma las intervenciones y realiza cierres parciales

El escenario virtual, en comparación con situaciones de clase cara a cara, facilita la elaboración de cierres parciales y reproducir las intervenciones de interés fielmente con el fin de conservar el patrón temático[16]. En este caso, luego de que los alumnos expresan sus ideas, el docente lleva a cabo algún

tipo de organización de respuestas que puede requerir de traducciones y categorizaciones. También puede ser necesaria la introducción de algún conocimiento nuevo para comenzar a legitimar el significado a un primer nivel de complejidad. Por ejemplo (Caso 1):

> "[…] En un intento de resumir los pensamientos compartidos, comento: existe un acuerdo entre los estudiantes sobre los conceptos de enseñanza, conocer y evaluar del maestro relacionados con el pasar, adquirir, verificar, respectivamente. La función docente se reduce a recoger el conocimiento, sin articular la teoría con la práctica […]. A diferencia de lo postulado por Luckesi sobre la función de la evaluación para la toma de decisiones de modo a mejorar el proceso de toma de decisión. El estudiante tiene un papel pasivo […]. En este sentido, el presupuesto pedagógico utilizado por el maestro es el tradicional". [Foro 2] (Profesor)

En el Caso 2, el profesor realiza una síntesis de los comentarios de los alumnos y plantea nuevas relaciones conceptuales, como las DCN y su influencia en las prácticas cotidianas del docente. Así, el docente registra las ideas en un plan de estudios anterior que, en general, se asocian a la noción de currículo como un conjunto de disciplinas que componen la formación profesional, los contenidos y las estrategias. En un primer nivel de sistematización el docente expresó que el conocimiento previo de los estudiantes refleja un concepto de currículo fragmentado y disciplinar que incluye la separación entre el ciclo básico-ciclo clínico y una dicotomía entre la teoría-práctica, traduciendo una idea de neutralidad en la organización curricular. Volviendo a la situación problemática inicial, el profesor señala que estas características presentes en el currículo del curso de medicina requieren cambios en el contexto actual de la formación profesional, según las necesidades de la sociedad. En este Caso se realizaron frecuentes referencias a la bibliografía, lo que permitió enriquecer la discusión sobre las DCN, las IES y el SUS.

e) Etapa en la que el docente introduce conocimiento nuevo

La incorporación de conocimiento nuevo permite aportar nuevas respuestas y análisis de la situación problema. El docente hace explícito un nivel de tratamiento más complejo del tema que, va más allá del sentido común y la opinión, dando nuevos fundamentos. Por ejemplo en el Caso 1:

> "¿Cuáles son los supuestos y criterios de la evaluación? […] enfatiza que el criterio debe ser utilizado como una exigencia de calidad y no como una forma de autoritarismo docente para con el estudiante. En este caso ha prevalecido el autoritarismo del profesor y han faltado los criterios citados por Desprebíteres[22] sobre la posibilidad de proporcionar la auto-evaluación por parte del alumno y el estímulo constante para la reflexión y la mejora. Además de la actitud autoritaria del docente, ¿cuáles serán los supuestos pedagógicos utilizados en esta evaluación [la parte teórica y práctica]? Sugiero la lectura de la citada DCN para pensar en la última pregunta". (Profesor)

En el Caso 2, los nuevos conocimientos se presentan con la lectura en grupos sobre las DCN. La dinámica consistió en organización de grupos por profesión para leer el documento y el posterior debate en una mesa redonda sobre el nuevo perfil deseado del profesional, especialmente en lo que respecta a la integración enseñanza-servicio, haciendo referencia a la situación del problema analizada.

f) Etapa en la que se vuelve al problema original y se revisan las respuestas iniciales de los alumnos para enriquecer sus argumentos

Tras un debate celebrado en el salón de clase y la lectura de los textos sugeridos se pidió a los estudiantes que relean la situación problema y que incorporen los argumentos desde los aspectos teóricos introducidos.

g) Etapa de metacognición

En este proceso de reflexión metacognitiva el docente retoma la forma y el momento en que se integraron saberes previos y nuevos de cada estudiante.

h) Etapa de transferencia y síntesis final

Luego de la recuperación de los informes iniciales y la legitimación del conocimiento construido se realiza la transferencia a las nuevas situaciones de enseñanza cotidiana y la síntesis final. Por ejemplo, en el Caso 1 los estudiantes revisaron los informes de las situaciones de evaluación desarrolladas en la primera reunión (encuentro presencial). Reunidos en grupos debían identificar las características de la escena original y describir una escena ideal a la luz de los conocimientos construidos.

i) Etapa de planteo de nuevos problemas y evaluación del proceso

El docente contrasta respuestas iniciales y finales, desde un proceso de meta-análisis de la clase.

Conclusiones

Los intercambios entre estudiantes y docente en la etapa de activación ("b") permitieron confrontar ideas y recuperar los referentes mentales y lingüísticos para los contenidos trabajados. Muchos de los aportes de los alumnos debieron ser direccionados por el docente con el fin de dar una respuesta inicial al problema (etapa "c"). Ello representó para el docente la tarea de lectura exhaustiva de las intervenciones de los alumnos, con el fin de orientarlas, en caso de ser necesario, al tratamiento particular del contenido (patrón temático). Luego, al realizar cierres parciales retomando los aportes de los alumnos (etapa "d"), el profesor logró enriquecer los referentes cotidianos y conocimientos previos de los estudiantes, recapitulando el camino seguido para el tratamiento del contenido y los conocimientos nuevos introducidos (etapa "e"). De estos intercambios se evidencia un esfuerzo importante para superar las prácticas y conceptos centrados en el modelo de enseñanza biomédico, reduccioncita y hospitalo-céntrico. La dinámica lograda a través de la implementación de la IDP provocó la autorregulación de los procesos de enseñanza y de aprendizaje con el uso de la plataforma *Moodle*, a pesar de la falta de simultaneidad de las intervenciones (o comunicación sincrónica) (etapas "f" y "g"). Las etapas "h" e "i" representaron la síntesis del proceso de enseñanza y aprendizaje seguido, a la vez que una verdadera transferencia de los conocimientos aprendidos a nuevas situaciones, en coherencia con los contextos de referencia de los alumnos.

Luego del registro y análisis de la implementación de la innovación se concluye que fue posible adaptar la secuencia de pasos de la IDP probada en clases presenciales al formato AVA y para el área de salud. Se generó una dinámica comunicacional coherente con el posicionamiento constructivista, ya que promovió la participación de la mayoría de los estudiantes, se retomaron sus contextos mentales y lingüísticos en cada Caso, permitiendo re-significarlos a la luz de los marcos teóricos enseñados. Lo anterior se vio favorecido por la generación de numerosos turnos de habla y tiempos destinados a la participación discursiva de los alumnos en el tratamiento temático de la clase.

El equipo docente a cargo de las implementaciones pudo cumplir así con lo estipulado para sus actuaciones referidas, principalmente, a cuándo, cómo y qué tipo de intervención realizar, los tiempos dados a los alumnos, la flexibilidad en la forma de ir secuenciando los contenidos, los tipos, niveles y momentos de realizar las legitimaciones de contenidos y procesos, la participación de los alumnos, la consideración de una o varias rutas de análisis del contenido. Esto se logró por una formación previa del equipo en las competencias lingüísticas necesaria para llevar adelante la estrategia en AVA, así como en el tratamiento del contenido y de los procesos comunicacionales en cada uno de los Casos.

El desarrollo de actividades que incorporó foros como lugar de debate, reflexión y aprendizaje fue superador de un modelo de enseñanza caracterizado por la mera transmisión y recepción de

conocimientos. Además, el hecho de trabajar con un alumnado adulto, profesional y motivado para aprender potenció el desarrollo de la estrategia IDP. Por todo lo anterior se considera necesario realizar la tarea didáctica de diseñar situaciones problemáticas que movilicen el conocimiento, dándole un carácter funcional, así como planificar y reflexionar sobre la interacción dialógica que surja con los estudiantes a partir de ellas. Ello se relaciona con la competencia comunicacional de quien cumple un rol docente y que fue favorecida por la implementación de la IDP.

Agradecimientos

Este trabajo fue parcialmente financiado por el CNPq (Código 401729/2011-7) de Brasil y SECYT (Resolución 162/12), FONCYT (PICT-2011-0977) y MINCYT (Córdoba, 000113/2011) de Argentina.

Colaboradores

Ana Lía De Longhi fue co-coordinador del diseño de la innovación y su investigación, asesoró continuamente durante la implementación de la propuesta y la revisó a la luz de la estrategia de origen (IDP) en Argentina, tanto desde espacios virtuales como presenciales en Brasil, elaboró esquema general del artículo y participó en la construcción de los datos, elaboración de resultados y conclusiones, participó en la escritura y revisión teórica del manuscrito en sus diferentes etapas. Gonzalo Miguel Angel Bermudez revisó el diseño y evaluación de la propuesta, asesoró continuamente durante la implementación de la propuesta y la revisó a la luz de la propuesta de origen, participó en la construcción de los datos, elaboración de resultados y conclusiones, participó en la escritura y revisión teórica y supervisó la escritura del manuscrito en sus diferentes etapas. Lidia Ruiz-Moreno fue co-coordinador del diseño de la innovación y su investigación, y junto con Patricia Dubeux Abensur participó en la escritura y revisión del marco teórico, particularmente los aspectos curriculares del contexto de salud en Brasil. Ambas analizaron la trasferencia de la estrategia IDP al contexto de Brasil, implementaron la propuesta, participaron en la construcción de los datos, elaboración de resultados y conclusiones.

Referencias

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF); 1988.

2. Diretrizes Curriculares - Cursos de Graduação. Brasília: Ministério da Educação; 2001 [acceso 2013 May 24]. Disponible en: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content& view=article&id=12991

3. Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? Interface (Botucatu). 2008; 12(24):125-40.

4. Gavidia V, Talavera M. La construcción del concepto de salud. Didáctica Cien Exp Soc. 2012; 26:161-75.

5. Burg Ceccim R, Macruz Feuerwerker LC. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da intergralidade. Cad Saude Publica. 2004; 20(5):1400-10.

6. Ruiz Moreno L, Lizarralde Pittamiglio SE, Furusato MA. Lista de discussão como estratégia de ensino-aprendizagem na pós-graduação em Saúde. Interface (Botucatu). 2008; 12(27):883-92.

7. Troncon LEA. Avaliação do estudante de medicina. Medicina (Ribeirão Preto). 1996; 29(4):429-39.

8. Bermudez GMA, De Longhi AL. Niveles de comprensión del equilibrio químico en estudiantes universitarios a partir de diferentes estrategias didácticas. Rev Elect Enseñanza Cien. 2011; 10(2):264-88.

9. De Longhi AL, Echeverriarza MP. Diálogo entre diferentes voces: un proceso de formación docente en Ciencias Naturales en Córdoba, Argentina. Córdoba: Jorge Sarmiento Editor, Universitas Libros; 2007.

10. Candau VM. La didáctica en cuestión: investigación y enseñanza. Madrid: Narcea Ediciones; 1987.

11. Coll C. Lenguaje, actividad y discurso en el aula. In: Coll C, Palacios J, Marchesi A, organizadores. Desarrollo psicológico y educación 2. Psicología de la educación escolar. Madrid: Editorial Alianza; 2001. p. 387-413.

12. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1975.

13. Wells G. Indagación dialógica: hacia una teoría y una práctica socioculturales de la educación. Barcelona: Paidós; 2001.

14. Vygotsky LS. Pensamiento y lenguaje. Barcelona: Paidós; 1995.

15. De Longhi AL, Ferreyra A, Peme C, Bermudez GMA, Quse L, Martínez S, et al. La interacción comunicativa en clases de ciencias naturales: un análisis didáctico a través de circuitos discursivos. Eureka Enseñanza Divulg Cien. 2012; 9(2):178-95.

16. Lemke JL. Analyzing verbal data: principles, methods and problems. In: Fraser BJ, Tobin KG, Mcrobbie CJ, organizadores. Second International Handbook of Science Education. Dordrecht: Springer; 2012. p. 1471-84.

17. Levin J, Kim H, Riel MM. Analyzing instructional interactions on electronic message networks. In: Harasim L, organizador. Online education: perspectives on a new environment. New York: Praeger Publishers; 1990. p. 185-213.

18. García CM, Perera Rodríguez VH. Comunicación y aprendizaje electrónico: la interacción didáctica en los nuevos espacios virtuales de aprendizaje. Rev Educación. 2007; 343(mayo-ago):381-429.

19. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface (Botucatu). 1998; 2(2):139-54.

20. Batista N, Batista SH, Goldenberg P, Seiffert O, Sonzogno MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. Rev Saude Publica. 2005; 39(2):231-7.

21. Ruiz Moreno L, Sonzogno MC. Formação pedagógica na pós-graduação em saúde no ambiente Moodle: um compromisso social. Pro-Posições. 2011; 22(3):149-64.

22. Desprebíteres L. Avaliação da aprendizagem do ponto de vista técnico-científico e filosófico-político. São Paulo: FDE; 1998. p. 161-72 (Série Idéias) [acceso 2014 May 2]. Disponible en: http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_08_p161-172_c.pdf

De Longhi AL, Bermudez GMA, Abensur PLD, Ruiz-Moreno L. Uma estratégia didática para a formação de educadores em saúde no Brasil: a indagação dialógica problematizadora. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):759-69.

O trabalho apresenta uma proposta didática para a formação docente de profissionais da área da saúde denominada "Indagação Dialógica Problematizadora" (IDP), que foi avaliada no espaço curricular "Formação didático-pedagógica em saúde", formato presencial e virtual, oferecida pelo Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (Cedess), Universidade Federal de São Paulo. A experiência realizou-se no contexto de um projeto binacional entre Brasil e Argentina. A implementação da IDP permitiu gerar uma dinâmica comunicativa coerente com o posicionamento construtivista e possibilitou uma mudança nas formas comunicativas, do docente e dos alunos, guiadas a partir da problematização de situações relacionadas às experiências dos pós-graduandos. A implementação desta inovação educativa foi coerente com as mudanças curriculares derivadas das atuais políticas de saúde e educação no Brasil.

Palavras-chave: Problematização. Ensino Superior. Comunicação. Formação em saúde. Didática.

Recebido em 29/11/13. Aprovado em 10/07/14.

DOI: 10.1590/1807-57622014.0150

O aprender fazendo:

representações sociais de estudantes da saúde sobre o portfólio reflexivo como método de ensino, aprendizagem e avaliação

Glauce Dias da Costa[a]
Rosângela Minardi Mitre Cotta[b]

Costa GD, Cotta RMM. "Learning-by-doing": social representations of healthcare students regarding reflective portfolio as a teaching, learning and assessment method. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):771-83.

In the current context of the need for changes in the training of healthcare professionals, portfolios can be highlighted as an innovative method for teaching, learning and assessment. The aim of the present study was to identify the social representations of students in the process of constructing portfolios. This was a qualitative study that used a combination of the following techniques: participant observation, interviews and focus groups. In total, 114 students on healthcare courses participated. Through using content analysis, the following core meanings for portfolios as a teaching and learning method were found: easy-to-understand content; autonomy; liberty; and a critical-reflective stance. The following meanings were found for portfolios as an assessment method: error as an opportunity; interaction with the professor; and a differentiated assessment environment. Convergence and conflict points were also found: time taken to perform the activities; reflection process; and innovative method in the context of traditional teaching.

Keywords: Social representations. Health education. Reflective portfolio.

No contexto atual de necessárias mudanças na formação dos profissionais de saúde, destaca-se o portfólio como método inovador na forma de ensinar, aprender e avaliar. O objetivo deste estudo é identificar as representações sociais dos estudantes no processo de construção do portfólio. Trata-se de uma pesquisa qualitativa utilizando a triangulação de técnicas: observação participante, entrevista e grupo focal. Participaram do estudo 114 estudantes de cursos da saúde. Ao se utilizar a Análise de Conteúdo, foram encontrados os seguintes núcleos de sentido do portfólio enquanto método de ensino e aprendizagem: facilidades na compreensão do conteúdo, autonomia, liberdade, postura crítico-reflexiva. Enquanto método de avaliação: o erro como oportunidade, a interação com o professor e o ambiente de avaliação diferenciado. Pontos de convergência e conflito também foram encontrados: tempo de realização das atividades, processo de reflexão e método inovador em um contexto de ensino tradicional.

Palavras-chave: Representações sociais. Educação em saúde. Portfólio reflexivo.

[a,b] Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa. Avenida Peter Henry Rolfs, s/n, campus universitário. Viçosa, MG, Brasil. 36570-900. glauce.costa@ufv.br; rmmitre@ufv.br

Introdução

No mundo contemporâneo, é evidente a necessidade de transformação nas formas de ser, pensar, agir e estar dos futuros profissionais de saúde, visando a uma formação acadêmica estudantil que atenda às mudanças que a sociedade demanda, o que exige capacitação pessoal e profissional para a tomada de decisão e solução de problemas cada vez mais complexos.

Nesse contexto, no Brasil, o novo paradigma de ensino proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos da área da Saúde aponta para a necessidade de mudanças no processo de ensino e aprendizagem, dando protagonismo aos estudantes[1].

Destarte, o portfólio reflexivo insere-se nesse novo paradigma, o que demanda, dos principais atores desse processo – estudantes e professores –, uma profunda reflexão sobre seus papéis no ambiente educacional. Assim, os portfólios reflexivos constituem instrumentos de diálogo entre educador e educando, devendo ser continuamente (re)elaborados na ação e partilhados, recolhendo diferentes modos de ver e interpretar o mundo em seu cotidiano de vida, estudo e trabalho, e impulsionando a tomada de decisões. Ao professor, cabe um constante processo de autorreflexão, indicando novas pistas e abrindo novas hipóteses, por meio do *feedback*, permitindo a reorientação em tempo útil para o formando[2].

Uma vez que o processo educativo se relaciona intimamente com o contexto social e que este varia conforme suas finalidades, cenários e agentes envolvidos, torna-se importante a compreensão do fenômeno educativo dado pela construção do portfólio como método de ensino, aprendizagem e avaliação. Entende-se como agente "alguém que age e ocasiona mudanças e cujas realizações podem ser julgadas de acordo com seus próprios valores e objetivos, independente de as avaliarmos ou não segundo algum critério externo" [3] (p. 33).

Conforme essa perspectiva, este estudo teve por objetivo identificar e analisar as representações sociais, dos estudantes de graduação dos cursos na área de Saúde, do processo de ensino, aprendizagem e avaliação proporcionado pela construção do portfólio coletivo.

Método

Desenho do estudo

Pesquisa qualitativa, que utiliza como pressuposto teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS)[4], visando à compreensão do fenômeno de estudo. Tem-se como premissa que os pensamentos e ações da vida cotidiana dos agentes (os estudantes), em sua constante comunicação com os do mundo que os rodeiam, favorecem a construção da vida social e individual e, por sua vez, interferem nas representações do processo de ensino, aprendizagem e avaliação construídos.

Participaram do estudo 114 estudantes de graduação de cursos da área de Saúde, de um total de 119 (cinco não aceitaram participar) que cursaram a disciplina Políticas de Saúde nos anos 2012 (I e II semestres) a 2013 (I semestre) em uma universidade pública brasileira. Os portfólios foram construídos coletivamente por grupos compostos por, aproximadamente, seis estudantes.

O portfólio foi construído em quatro etapas[5]: 1) Construção do conceito de Portfólio, com destaque para as dimensões que o caracterizam como reflexivo – primeiro, individualmente (ambiente extraclasse) e, em um segundo momento, em pequenos grupos (em sala de aula), a partir de pesquisa na literatura científica. 2) Minha trajetória: cada aluno descreve sobre sua inscrição histórica no mundo: "quem sou eu, de onde eu vim e para onde eu vou"; e, coletivamente, os membros do grupo escrevem sobre a percepção que têm sobre seus colegas: "quem sou eu na visão do outro". Essas memórias são redigidas no início e reconstruídas no final do semestre letivo. 3) Aprendendo com o grupo: atividades realizadas em grupo de acordo com as temáticas trabalhadas na disciplina (relatos de experiências vivenciadas nos diferentes cenários de práticas, resenhas, sínteses, resumos, relatos de práticas, situações, problemas, enfim, todas as atividades trabalhadas na disciplina e realizadas em grupo. 4) Espaço de criatividade: lugar onde o grupo exercita, com liberdade, a criatividade; charges,

poemas, músicas, fotos, desenhos, notícias e reportagens presentes na mídia escrita e eletrônica e/ ou criados pelo grupo e acompanhados de reflexões críticas.

Os rumos da pesquisa: as representações sociais sobre o processo de construção do portfólio reflexivo

O pressuposto teórico-metodológico da TRS[4] privilegia a relação entre o sujeito e o contexto social, e apresenta uma perspectiva de estudo que articula áreas de conhecimento e as entende como contribuições complementares, e não excludentes, para desvelar uma realidade ou fenômeno em sua totalidade/complexidade. Moscovici[4], ao delinear a TRS, partiu de duas premissas: a primeira considera que não existe um corte entre o universo exterior e o do indivíduo, que o sujeito e o objeto não são absolutamente heterogêneos, e que o objeto está inscrito em um contexto dinâmico; a segunda vê a representação social como uma preparação para a ação.

Jodelet (citado por Silva, p. 668)[6] destacou que a representação social é uma forma de conhecimento corrente caracterizado pelas seguintes propriedades: "1. Socialmente elaborado e partilhado; 2. Tem orientação prática de organização, de domínio do meio (material, social, ideal) e de orientação das condutas e da comunicação; 3. Participa do estabelecimento de uma visão de realidade comum a dado conjunto social (grupo, classe etc.) ou cultural". Por sua vez, Minayo[7] destacou que "as representações sociais se manifestam em palavras, sentimentos e condutas e se institucionalizam. Portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais" (p. 108).

Na mesma linha da proposta de Moscovici[4], Minayo[7] afirmou que, para que a pesquisa educacional possa impactar a prática educativa, é preciso adotar "um olhar psicossocial", preenchendo o sujeito social com o mundo interior e restituindo o sujeito individual ao mundo social. A teoria das representações sociais aponta para a compreensão e o desvelamento dos sentidos atribuídos ao portfólio como um método de aprendizagem e avaliação a partir da perspectiva dos estudantes de graduação dos cursos da área da Saúde. Nesse sentido, a teoria moscoviciana pode auxiliar na compreensão de questões surgidas acerca da aprendizagem e da avaliação no contexto das transformações pelas quais as sociedades vêm passando, especialmente as referentes à formação dos profissionais de saúde.

A fim de apreender os discursos dos estudantes sobre o fenômeno social da aprendizagem dada pela construção do portfólio, de forma coerente com a teoria proposta, utilizou-se, assim, a triangulação de técnicas qualitativas: observação participante, entrevista e grupo focal. A observação participante se deu na atuação da pesquisadora em sala de aula (aulas práticas) e nas visitas aos grupos em reuniões agendadas para a construção do portfólio (extraclasse). O diário de campo foi utilizado como ferramenta essencial na coleta de dados, por meio do registro de todas as observações identificadas a partir das falas, atitudes, gestos, expressões, entre outros, consideradas relevantes de acordo com os objetivos do estudo.

As entrevistas foram realizadas por três pesquisadores previamente treinados, com duração de, aproximadamente, quarenta minutos. Um roteiro aberto, com vinte perguntas, orientava os pesquisadores (Quadro 1). As entrevistas foram gravadas e transcritas pelos pesquisadores. As falas foram numeradas de 1 a 114 e apresentadas nos resultados com os seguintes códigos (E1, E2, E3... E114). Os grupos focais foram realizados nos finais de semestres letivos, com, aproximadamente, 12 estudantes, sem a presença da professora responsável pela disciplina. O debate acontecia a partir de um roteiro-guia, que norteava as discussões do grupo. Os grupos focais foram gravados e filmados, sendo, posteriormente, transcritos pela equipe pesquisadora.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa, de acordo com a Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Foi solicitado consentimento livre e esclarecido dos estudantes para participarem do estudo, garantindo-se a confidencialidade das informações e o seu anonimato.

Quadro 1. Roteiro com as vinte perguntas norteadoras das entrevistas realizadas com os estudantes dos cursos de saúde de uma universidade

Roteiro para as entrevistas com os estudantes de graduação dos cursos de saúde
1) O que é o portfólio para você?
2) No início da construção do portfólio, eram claros, para você, os objetivos de aprendizagem? (Quer dizer, era claro o que deveria ser feito e/ou o que você alcançaria com o portfólio?). Explique.
3) Como era feita a escolha dos conteúdos e evidências para a construção do portfólio?
4) O portfólio te ajudou na compreensão dos conteúdos de Políticas de Saúde e do SUS? Se sim, de que forma? Se não, por quê?
5) Há algo que você verificou na construção do portfólio que transcende (que vai além) os conteúdos da disciplina de Políticas de Saúde? Se sim, o quê?
6) O portfólio te ajudou a perceber suas fortalezas e suas fragilidades no processo de formação profissional e para a vida? Se sim, especifique.
7) Você conseguia (não corrige para conseguiu mesmo?) trazer ou relacionar seus conhecimentos prévios (anteriores – conhecimentos de outras disciplinas ou do que você já tinha aprendido antes) com os conhecimentos adquiridos na disciplina de Políticas de Saúde?
8) A construção do portfólio auxilia/auxiliou na formação do profissional nutricionista ou enfermeiro para atuar no SUS? De que forma?
9) Relate um(ns) episódio(s) ou situação(ões) que te marcou(aram) e fez(fizeram) você refletir durante o processo de construção do portfólio coletivo.
10) O processo de construção do portfólio contribuiu para a interação com os colegas (aluno-aluno)? Se sim, de que forma. Se não, por quê?
11) O processo de construção do portfólio contribuiu para a interação com os docentes (professor-aluno)? Se sim, de que forma. Se não, por quê?
12) Quais os pontos fortes (fortalezas) e fracos (fragilidades) do trabalho em equipe no processo de construção do portfólio?
13) Cite algumas características, relacionadas ao trabalho em grupo, propiciadas pelo processo de construção do portfólio coletivo.
14) Quando você iniciou a construção do portfólio coletivo, quais os sentimentos, percepções e emoções que foram experimentados por você?
15) E, no final da construção do portfólio, quais os sentimentos, percepções e emoções experimentados por você?
16) Qual a etapa do portfólio que você mais gostou de fazer? E por quê?
17) Para você, existe diferença entre o portfólio e um trabalho tradicional feito em grupo?
18) Qual a diferença entre o portfólio e a prova como métodos de avaliação?
19) Para você o que é aprender?
20) Como você aprende melhor?

Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo[8,9] à luz da TRS. Após a interpretação global das respostas, passou-se à organização do material de acordo com as unidades de contexto e a elaboração de categorias gerais, para se obter um panorama abrangente do material analisado. Posteriormente, as categorias foram agrupadas e, após leituras, reelaboradas de forma mais sintética e contrapostas às observações e aos estudos bibliográficos, para direcionar as discussões e conclusões do estudo.

As três perguntas norteadoras deste estudo: Como os estudantes interpretam sua realidade estudantil? Como interpretam o portfólio como metodologia inovadora do processo ensino, aprendizagem e avaliação? O portfólio proporciona, aos estudantes, a possibilidade de modificarem suas condutas pessoais e sociais? – guiaram a organização dos dados com base em duas perspectivas: a posição do estudante nos cenários de aprendizagem e a apreensão do portfólio como inovador no âmbito social (nas dimensões de aprendizagem e avaliação).

Resultados

O estudante nos cenários de aprendizagem

A realidade estudantil foi expressa pelos estudantes a partir dos seguintes questionamentos: Quem somos? Como aprendemos?

Os estudantes retratam uma posição passiva diante da instituição, do curso e dos professores detentores do saber. Expressam perceber a passividade perante a forma tradicional do ensino, entretanto não apontam caminhos de ação e/ ou reação.

Paradoxalmente, ao mesmo tempo que manifestam insatisfações, estas vêm acompanhadas pela indiferença: "sempre foi assim". São protagonistas de um ensino conteudista, recebido pelos estudantes sem questionamento (Quadro 2).

Quadro 2. Percepção dos estudantes do processo ensino-aprendizagem vivenciado no contexto universitário, segundo depoimentos nos grupos focais realizados no final do período letivo dos anos 2011, 2012 e 2013

"O que eu acho é que a maioria das disciplinas tem muita decoreba. Às vezes, conseguimos assimilar, outras vezes não. É uma abordagem muito mecânica e não temos espaço para falar."
"Somos forçados a decorar, nos falta tempo; é muita coisa para aprender em pouco tempo, é muito conteúdo."
"Aqui funciona assim: você estuda, tira nota e depois esquece. O sistema é nota para coeficiente de rendimento, se você tem coeficiente bom, você tem chances de bolsa, de estágios melhores. Você é a nota que tira."
"Gente, sempre foi assim, e acho que não muda, por que mudar dá trabalho. O portfólio é trabalhoso e nós não estamos acostumados a coisas trabalhosas."
"É verdade, foi muito difícil para mim no inicio do portfólio, não conseguia entender, como fazer, como usar a criatividade, a universidade não nos ensina a fazer isso..."
"Mas acho que não é só culpa dos professores ou do sistema, não da para tirar a culpa da gente não, estamos aqui para pensar, temos que questionar mais."
"Penso que a prova tem seu lugar, vê o potencial individual, força a gente a estudar... mas não pode ficar só nisto."
"Nossa realidade de aprendizagem é muito teórica, nós fazemos estágio só no final, eu aprendo muito com a prática, por isso sinto falta de métodos criativos como o portfólio."

Na perspectiva dos estudantes, o sistema educacional gira em torno da pontuação e de provas classificatórias, e não da aprendizagem. A avaliação é vista como uma forma de provar o saber e classificar os estudantes entre aqueles que estão aptos ou não para o exercício profissional e atuação na sociedade. Dessa forma, os estudantes estudam para tirar boas notas nas avaliações, e não para aprenderem. A nota nem sempre representa, para eles, o processo de aprendizagem em sua totalidade.

A apreensão do portfólio como método de aprendizagem inovador

Os achados deste estudo revelam os seguintes núcleos de sentido a partir da apreensão dos estudantes sobre o portfólio como método de aprendizagem: facilidades na compreensão do conteúdo, autonomia, liberdade, postura crítico-reflexiva. Quanto ao portfólio como método de avaliação, foram considerados os seguintes núcleos de sentidos: o erro como oportunidade, a interação com o professor, e o ambiente diferenciado pela transparência de critérios de avaliação não punitiva. Alguns pontos de convergência e/ ou conflito também foram identificados, sendo eles: o tempo como fator dificultador na construção das atividades e no trabalho em equipe, a reflexão ora como descoberta, ora como incômodo, e o portfólio como método inovador em um contexto de ensino tradicional.

Em se tratando do processo de aprendizagem, o portfólio propicia tanto a compreensão dos conteúdos quanto das habilidades e atitudes necessárias ao estudante e futuro profissional de Saúde

para atuar nos moldes do paradigma da Produção Social da Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme pode ser observado pelos depoimentos dos estudantes no Quadro 3.

Quadro 3. Representações dos estudantes quanto ao processo de aprendizagem propiciado pelo portfólio

Compreensão do conteúdo (Políticas de saúde – SUS)
"A busca das reportagens, textos, músicas, charges, nos ajudava a fazer relação da teoria com a prática, às vezes lia uma reportagem do cotidiano sobre o setor saúde e dizia "Ah! é isso que a professora quis dizer." (E15)
"O legal do portfólio é que através das buscas que eu fiz, eu aprendia, eu formava meu conhecimento sobre o SUS, hoje saio da disciplina com outra ideia do SUS que não é só para pobres, e foi eu que descobri isso. A professora falava na sala, eu lia nos artigos que ela recomendava, mas no portfólio eu buscava por mim mesma, eu vi e aprendi que o SUS é nossa política e não é só para os pobres mas para todos." (E09)
"O portfólio me ajudou a interligar as coisas, no início achava os textos muito difíceis, mas tinha que ler muito para fazer as reflexões, pensava – Meu Deus, não vou conseguir!!! – mas isso me ajudou e entender os paradigmas de saúde e o quanto está enraizado na gente um olhar biológico e fragmentado do ser humano, no portfólio tinha a chance de não decorar isso, fazia desenhos e usava da criatividade para expressar o que estava aprendendo e sentindo." (E10)
Autonomia e Liberdade
"No portfólio podemos colocar aquilo que a gente achar interessante, mesmo que a professora oriente sobre os passos que a gente deve seguir. Não é uma coisa fechada, podemos exercer nossa criatividade, colorir, pintar, desenhar, sintetizar, fazer esquemas fazendo relação com que estamos aprendendo em sala de aula." (E55)
"O interessante é que a gente faz no portfólio, a gente pesquisa, tem um pouco da gente no portfólio. Mesmo que a professora avalia e fala a opinião dela, a gente pode fazer por a gente mesmo. Por exemplo, tinha uma parte que denominamos: "Olha o que achamos", nós é que buscamos, nós é que fizemos e encontramos e não o professor que falou com a gente, nós descobrimos, acho que assim a gente aprende melhor." (E43)
"Se teve algo que aproveitei com o portfólio foi aprender a buscar as coisas, a refletir sobre elas e ter que argumentar no grupo que aquilo que tinha achado era importante. Sempre recebi pronto e exigia isso do professor, receber pronto. Passei aperto no portfólio com isso, tinha que buscar, correr atrás e defender minha ideia." (E67)
"Não aprendo sob pressão, recuo quando a coisa me prende, parece que bloqueio, reparei isso nesse semestre, aquela disciplina que tinha uma direção boa, mas que me dava liberdade para eu fazer e construir me saí melhor. Acho que as coisas precisam ter leveza, ter prazer de fazer." (E27)
Crítica-Reflexão
"Se tem uma coisa que aprendi com o portfólio, foi a não aceitar tudo que me falam como verdade, por exemplo sempre achei que o SUS era para pobres, que o SUS era ruim. A mídia só apresenta o lado negro do SUS. Então aprendi a ter um pensamento mais crítico – será que isso é verdade? E a buscar o porquê das coisas." (E24)
"No portfólio a gente era forçado a pensar, a refletir, a professora sempre pedia para a gente colocar outros pontos de vista e discutir com os autores, achava difícil fazer isso, não estou acostumada, mas depois fui vendo o quanto cresci, hoje vejo uma reportagem e não aceito tudo que dizem como verdade absoluta." (E41)
"Engraçado falar que precisamos refletir, parece tão óbvio, a gente pensa o tempo todo, mas quando paramos para pensar sobre isso vimos o quanto estamos alienados, e o portfólio me fez ver o quanto estou assim. Colocamos no portfólio muitas coisas sobre os protestos contra a corrupção no Brasil e fiquei pensando o quanto tudo isso mexeu comigo, o quanto estava longe das coisas que acontecem no mundo." (E33)

Os estudantes salientaram a autonomia e a liberdade como pontos-chave no processo de construção do portfólio, o que leva a uma reconstrução de seu papel como agente no processo de aprendizagem. Nos relatos, foram identificados o eu como sujeito em ação: "eu faço", "eu pesquiso", "eu busco", "eu encontro", demonstrando a mudança no seu papel de agente passivo para ativo. A liberdade de expressão e a busca ativa são destacadas nas comparações com outros instrumentos de avaliação, como as provas e trabalhos tradicionais de grupo. Nessa linha, ressalta-se a liberdade na elaboração de atividades, expressando opiniões, criando ideias, colocando o que consideram relevante e significativo para a construção de sua própria aprendizagem. Assim, autonomia e liberdade caminham juntas nesse processo. O rigor metodológico do método não retira a possibilidade de

expressar e construir a aprendizagem com liberdade e autonomia; pelo contrário, incentiva o exercício dessas competências.

Também, de acordo com a percepção dos estudantes, a reflexão e a crítica são elementos de destaque do portfólio, destacando-se a possibilidade de aprender para além da compreensão dos conteúdos, ampliando os horizontes, colocando em xeque o que é apresentado pela mídia e demais fontes de informação.

Não obstante, apesar de a autonomia e criatividade serem estimuladas durante toda a construção do portfólio, o fator tempo, o processo de reflexão, o uso do portfólio em um contexto de ensino tradicional, e o trabalho em equipe aparecem como fatores de incentivo e/ ou dificultadores (Quadro 4). É curioso, no apontamento dos estudantes, o fato de a universidade não ser um espaço para a reflexão e, sim, de decoreba e memorização de conteúdos.

No processo de construção do portfólio, o trabalho em equipe foi crucial para a determinação de uma aprendizagem consolidada. Em grupo, os estudantes destacaram a possibilidade de aprender questões que ultrapassam os conteúdos, para além do ensino tradicional. Aprendem a ser mais pacientes, a respeitar as diferenças, a ser mais solidários e compassivos, e descobrir, na amizade e parceria, a possibilidade de construírem algo juntos. O destaque, em comparação com os trabalhos tradicionais, refere-se à possibilidade de atuação de todos os membros do grupo, cada um dando sua contribuição com suas habilidades pessoais e específicas, além da possibilidade de exercitar o gerenciamento de conflitos tão comum no trabalho em equipe.

Os estudantes apontam o processo de aprendizagem propiciado pelo portfólio como profundo, e não superficial; como algo que fica na memória, que não se esquece. Todos os atributos e núcleos encontrados dimensionam o portfólio como uma possibilidade de inovar a forma tradicional de aprender. Mesclado com o antigo, tomam o novo; remodelando-o para a construção de um saber que permanece e que interfere na forma de ser desses estudantes. Apreendem o portfólio como possibilidade – mesmo diante das dificuldades do meio e do tempo – de avançarem em seu processo de formação profissional.

Quanto à apreensão do portfólio como método de avaliação, a dificuldade e incorreções são percebidas como oportunidades, e não como incapacidades e fraquezas (Quadro 5). Foram comuns, nas falas dos estudantes, os seguintes termos: "posso errar", "sei o que errei", "tenho a chance de modificar", "posso corrigir" e "posso reescrever". A oportunidade de interação com o professor, nos momentos da avaliação, também é destacada como ponto forte. Os estudantes ressaltam que é nessa relação dialógica, entre professor e estudante, que se dá a transformação do processo de ensino e aprendizagem e, especialmente, de avaliação, estimulando a autonomia, a criatividade e o empoderamento.

Assim, os estudantes destacam o ambiente acolhedor, com transparência dos critérios de avaliação, de forma apreciativa e não punitiva, permitindo uma formação construtiva em que o erro é apresentado como uma possibilidade de aprendizado. A Figura 1 apresenta uma síntese dos resultados, apontando o portfólio como um método potencializador de mudanças e transformador do contexto estudantil.

Quadro 4. Pontos de incentivo e/ou dificultadores apresentados pelos estudantes no processo de construção.

O tempo
"O portfólio é interessante, mas muito trabalhoso, precisa dedicar muito tempo. Fazer prova é mais fácil pelo tempo que temos." (E83)
"Criamos um grupo no facebook e isso nos ajudou muito, a gente não tinha tempo de encontrar toda semana porque no grupo tinham pessoas de turma diferentes e de cursos diferentes, mas no grupo a gente conversava quase todo dia e discutíamos as reportagens, artigos e charges que encontrávamos." (E101)
"Tempo é algo que todo mundo reclama, mas fazer o quê? Temos que dar conta e nos virarmos para fazer o trabalho e bem. Temos é que nos organizarmos melhor - Gestão do Tempo. Todo mundo deixa para a última hora. Acho que a gente não sabe estudar." (E72)
A reflexão
"Não sei, achava estranho avaliar aquilo que penso e que reflito, é algo muito meu. Tenho dificuldades de separa o que é dos autores do que é meu, às vezes acho que não tenho maturidade para discutir com autores, por isto o portfólio ajudou a exercitar o processo de reflexão." (E75)
"Penso que refletir é colocar minha opinião. É difícil, nunca tinha parado para pensar nisso. Às vezes, acho que o que mais vale é colocar a opinião de outros autores e não a minha, realmente preciso exercitar a reflexão e isto a universidade não nos dá chance para fazer." (E56)
"Na universidade não temos espaços para refletir e pensar. Aprendemos a decorar e repetir o que o professor passa. Ler slides, leio em casa. O Portfólio me deu a oportunidade de realmente pensar e exercitar a reflexão." (E51)
O portfólio como método inovador em um contexto de ensino tradicional
"Não temos o costume de fazer um trabalho assim, pra gente é difícil. Fomos entender o que era um portfólio no meio do semestre. Não sabemos fazer reflexão, usar de criatividade, isso só fazíamos no primário." (E29)
"Fazer o portfólio é muito bom, o ruim é que faço 33 créditos só neste semestre, é o que tá na grade curricular. O portfólio exige dedicação não tenho tempo como gostaria." (E13)
O portfólio como método inovador em um contexto de ensino tradicional
"Começamos fazer o portfólio como se fosse uma pasta, na primeira avaliação colocamos as informações e pronto. Aí a professora veio e disse que era importante colocar o que o grupo também pensava a partir do que era lido. Tive que fazer um giro de 180 graus da minha cabeça, na universidade a gente aprende a colocar as informações dos outros, a decorar o que eles falam e ficar com a opinião deles e não formar a nossa. Foi difícil para mim, o portfólio realmente mexe com a gente." (E31)
O trabalho em equipe
"No final da construção do portfólio, tivemos de redigir um texto, o legal é que tivemos que trabalhar isso, chegar a um consenso, ai nós cinco estávamos lá fazendo, e no início não fluía nada, mas a gente pensava, escrevia uma frase, apagava e de repente, começou a aparecer uma chuva de ideias, todo mundo começou a falar ao mesmo tempo. Ficou legal, ficou tão bonito que a gente não acreditava tínhamos a capacidade de escrever aquele texto. Parecia uma coisa muita científica. Daí, percebemos que só conseguimos porque cada um deu uma ideia, pôs algo seu ali, aí eu falei 'realmente nenhuma de nós somos tão boas quanto todas nós juntas, e foi muito bonito sabe? Este trabalho com o outro de cooperação' e só foi possível porque tínhamos a liberdade de construir no portfólio e exercitamos isto." (E05)
"Trabalhar em equipe é algo pra mim difícil. No portfólio não dava para dividir as atividades como nos outros trabalhos e ainda era preciso chegar a conclusões e decidir tudo juntos. Acho mais fácil fazer eu mesma, pegar minha parte e fazer, as pessoas são difíceis, tem gente que não leva a sério. Por outro lado é isso que vou viver lá fora, e tenho que aprender a lidar com isto né?" (E76)

Discussão

O contexto de educação tradicional, fortemente marcado pela disciplinaridade[10], dificilmente prepara nossos jovens para viverem a complexidade que caracteriza o mundo atual. O ensino fortemente influenciado pela tradição ocidental, que privilegia "o pensamento lógico matemático e a racionalidade, não potencializa o desenvolvimento global do ser pessoa, e facilmente discrimina ou perde os que não se adaptam a este paradigma" [10] (p. 19). É nesse cenário que se inscreve o portfólio como método inovador de ensino, aprendizagem e avaliação, trazendo, em seu bojo formativo, uma

Quadro 5. Representações sociais dos estudantes quanto ao processo de AVALIAÇÃO propiciado pelo portfólio

O erro como oportunidade
"Eu acho o portfólio um método mais justo de avaliação, porque muitas vezes a prova é uma cópia, você decora para a prova, horas depois você não se lembra de mais de nada. Além disso, você não pode errar, não pode concertar. Às vezes, nem sei por que errei e fico o resto do curso sem saber e repetindo o erro. No portfólio você realmente constrói a aprendizagem, e não esquece mais." (E16)
"O portfólio permite voltar naquilo que você não sabe e modificar. Passo a entender o porquê errei, onde está o problema. Acho isso bom pra gente, na universidade às vezes não temos tempo para parar e refletir sobre aquilo que fazemos. Às vezes, os professores dão as provas e a gente nem sabe onde errou e nem por que; eles não mostram a prova e a gente também não vai atrás." (E13)
"Lembro do dia da avaliação que a professora falou que a gente não estava colocando reflexões, nossa opinião, e que colocávamos as notícias e pronto. Dai realmente vi que estávamos fazendo uma pasta e não o portfólio. Com isso, o grupo percebeu que estávamos errando nisso e tivemos a chance de concertar e na próxima avaliação tinha mais de nós no portfólio. A gente não está acostumado com isso, a pensar sobre o que erramos." (E07)
"Nunca gostei de me avaliar, me culpo, tanto que nunca fui atrás de professor para ver minhas notas. Deixo pra lá. Tanto que nos momentos de avaliação ficava angustiada e com medo da professora. Nas avaliações do portfólio vi que não era tão ruim assim, que me ajudou a ver falhas e poder concertar." (E10)
O processo de interação
"O trabalho de construção do portfólio me fez conhecer mais o grupo, tivemos uma interação e integração que me surpreendeu. No início não conhecia o grupo, não tinha convivência com as meninas e depois criamos laços de amizade de trabalho de grupo que vou levar comigo sempre." (E35)
"Sabe o que é trabalhar em equipe? Tivemos uma interação ótima. Todos do grupo se envolviam e cada um fazia o que fazia de melhor. Alguns tinham dons artísticos e habilidades de criatividade, outros escreviam bem, outros tinham espírito de liderança, então isso se somou e deu certo." (E99)
"A interação com a professora se dava especialmente nos momentos de avaliação. Era importante, porque aí a gente sabia o que realmente ela queria, ela sempre dava dicas para as próximas avaliações. Então a gente crescia com isso. Tinha muito medo do portfólio no início, depois que entendi...agora não quero entregar, é meu." (E81)
Ambiente acolhedor: transparência de critérios de avaliação, não-punição e avaliação apreciativa.
"Se tem uma coisa que gostava no portfólio era saber o que iria ser cobrado, a gente nunca sabe o que querem da gente. A professora passava um material para a gente fazer a autoavaliação pelo grupo e fazia a avaliação e entregava pra gente, isso era muito bom porque a gente via o que precisava mudar." (E18)
"Era diferente de uma prova que a gente fica tenso. O clima era diferente, e porque a gente podia concertar a gente ficava mais tranquilo. Era possível melhorar depois, isso era bom." (E01)
"Era bom mostrar o que a gente tinha feito. O trabalho era muito, então a gente queria apresentar para a professora, a gente tinha orgulho do nosso portfólio. Era bom mostrar o que tínhamos aprendido e não era uma coisa tensa, de pressão." (E44)

práxis educativa diferenciada, que propicia, aos estudantes, uma forma alternativa de aprender, e abre espaços para a transformação da aprendizagem significativa e para a vida.

Moscovici[4], ao apresentar a TRS, destacou basicamente a existência de dois processos distintos na transposição dos elementos objetivos para o meio cognitivo, e vice-versa: objetivação, cujas ideias abstratas se transformam em imagens concretas, por meio do reagrupamento de ideias e imagens focadas no mesmo assunto; e a ancoragem, cujas ideias se prendem com a assimilação das imagens criadas pela objetivação, processo no qual novas imagens se juntam às anteriores, nascendo, assim, novos conceitos.

Nesse contexto, o portfólio é apreendido, numa perspectiva cognitiva, pelos estudantes a partir destes dois processos: a objetivação, à medida que transformam uma ideia abstrata do portfólio em uma ideia concreta (por meio dos conceitos estudados e formulados); e a ancoragem, em que novas ideias desse processo inovador se reúnem às imagens de um ensino que deveria, e poderia, ser diferente (ideias anteriores), nascendo novos conceitos ou novas ideias, ou seja, o portfólio permite pensar, refletir, criar o estudante como agente desse processo.

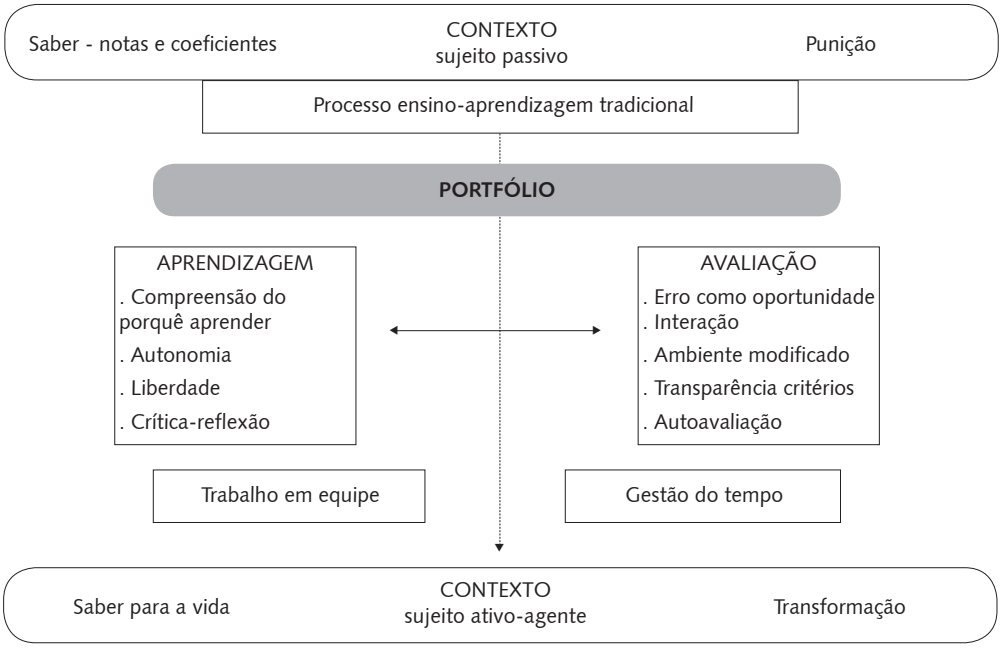


Figura 1. Representação social dos estudantes de graduação dos cursos na área de Saúde sobre o processo de aprendizagem propiciado pela construção do portfólio, na perspectiva de mudança do cenário e do contexto estudantil em uma universidade federal.

Moscovici[4] (p. 20) argumentou "que o propósito de todas as representações é tornar algo não familiar, ou a própria não familiaridade em familiar. A familiarização é sempre um processo construtivo de ancoragem", o que, neste estudo, é verificado pela familiarização dada pelos estudantes ao processo de construção do portfólio. O que era estranho no portfólio (desenvolvimento da criatividade, da reflexão, entre outros), desconhecido, distante da realidade universitária, passa a fazer parte do cotidiano dos estudantes.

É interessante perceber que esse processo não se dá apenas no âmbito cognitivo de um objeto particular, mas, também, quando o sujeito (indivíduo ou grupo) adquire capacidade de definição, uma função de identidade[4]. Assim, salienta-se que os estudantes se colocam e se veem como sujeitos afetados por um sistema estudantil que determina uma condição de aprendizagem associada à nota e à memorização. Segundo Jodelet (*apud* Moscovici, 2003)[4], "a representação é uma forma de conhecimento prático e refere-se à experiência a partir do qual ele é produzido e, sobretudo, ao fato de que a representação é empregada para agir no mundo e nos outros" (p. 43).

A partir da experiência vivenciada pelos estudantes deste estudo, novos caminhos são, assim, apresentados para uma atitude e uma forma de agir diferenciada no processo de aprendizagem. A atitude mais marcante e intrigante apresentada pelos estudantes é o processo de crítica e reflexão, algo apontado, por eles, como não proporcionado, em geral, no ambiente estudantil. É aqui que se dá a identificação dos estudantes como sujeitos ativos, em que o processo de representação demarcado por eles traz mudanças na forma de agir. É na reflexão que se identifica a possibilidade de sair de uma atitude passiva para uma atitude que proporcione mudanças no cenário de ensino tradicional. Sá Chaves (p. 13)[2] apontou que "a reflexão é um modo de fazer reviver e de fazer a recaptura da experiência com o objetivo de inscrever num sentido, de aprender a partir dela e de, nesse processo, desenvolver novas compreensões e apreciações". Assim, da práxis de construção do portfólio, dois outros elementos se destacaram: a liberdade e a autonomia, que podem ser analisadas a partir dos

conceitos dos ilustres pensadores de nossa época: Amrtya Sen[3] e Paulo Freire[11]. Esses dois conceitos se entrelaçam – a autonomia deve ser conquistada, adquirida a partir de decisões, de vivências e pela própria liberdade. A autonomia, além da liberdade de pensar por si, além da capacidade de guiar-se por princípios que concordem com a própria razão, envolve a capacidade de realizar, o que exige uma atitude de ser consciente e ativo – assim, o sujeito passivo é contrário ao sujeito autônomo[11]. Sen[3], ao discorrer sobre o desenvolvimento como liberdade, apresentou dois elementos importantes: a capacidade, que representa as possíveis combinações de potencialidades e situações que uma pessoa está apta a "ser" ou "fazer"; e a funcionalidade, que representa as várias coisas que esta pessoa pode, de fato, fazer.

Nessa perspectiva, o portfólio atuou como elemento facilitador de uma educação formativa a partir do momento que permitiu, aos estudantes, atuarem como agentes de seu próprio processo de construção da aprendizagem, com autonomia para realizarem suas buscas, reformulando suas ideias e apresentando-as de forma crítica e reflexiva, bem como abrindo espaços de liberdade para criar e recriar[12].

Considerações finais

Considerando os achados deste estudo, destaca-se que o processo de aprendizagem vivenciado pelos estudantes a partir da construção dos portfólios permitiu que estes representassem esse fenômeno social, apontando elementos que o caracterizam como método que investe na transformação de uma prática de ensino tradicional para uma prática inovadora. Isso com vistas à qualificação de futuros profissionais de saúde que conjuguem elementos de integração e reflexividade, tão necessários na solução dos problemas complexos da sociedade contemporânea.

A realidade estudantil foi interpretada pelos estudantes como um sistema regido por notas e coeficientes de rendimento que os classifica como aptos ou não aptos. Um contexto que determina uma formação do fazer, e não do ser. Os discentes interpretam o portfólio como um método inovador, que permitiu a aprendizagem autônoma, libertadora, reflexiva, crítica, criadora, reunindo, assim, os elementos de uma formação para o ser. Traz subsídios para que, no processo de reflexão-ação, emerja a identidade (ser estudante) capaz de trazer mudanças no contexto estudantil. No entanto, devido a elementos que influenciam essas modificações, como o formato curricular tradicional, disciplinar e conteudista, surgem conflitos referentes à gestão do tempo, em geral escasso, e ao trabalho em equipe, o que pode se transformar em elementos dificultadores do processo de aprendizagem inovador.

Cabe destacar, ainda, a importância do portfólio como método inovador do processo de avaliação. Na percepção dos estudantes, a avaliação proporcionada pelo portfólio é parte integrante do processo de aprendizagem, o que contribui para uma argumentação favorável às metodologias inovadoras de ensino e aprendizagem.

Sugere-se, assim, que outros estudos sejam realizados a fim de corroborar evidências significativas e suficientes que subsidiem as mudanças necessárias no processo ensino-aprendizagem, seja na (re)formulação de currículos mais integrados, seja na capacitação de professores no uso de metodologias ativas e inovadoras, seja, ainda, na organização da estrutura institucional, (re)qualificando a forma de ensinar, aprender e avaliar.

Colaboradores

Glauce Dias da Costa responsabilizou-se pela idealização da temática, coleta e análise dos dados, bem como, a redação do texto. Rosângela Minardi Mitre Cotta responsabilizou-se pela construção do método portfólio coletivo, orientação na coleta e análise dos dados, e revisão crítica do texto escrito.

Financiamento

Estudo financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes (processo n. 23038.009788/2010-78; AUX-PE-Pró-Ensino na Saúde, 2034/2010).

Referências

1. Cotta RMM, Costa GD, Mendonça ET. Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências. Cienc Saude Colet. 2013; 18(6):1847-56.

2. Sá-Chaves I. Portfólios reflexivos: estratégia de formação e de supervisão. Portugal: Universidade de Aveiro; 2000.

3. Sen AK. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.

4. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003.

5. Cotta RMM, Mendonça ET, Costa GD. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. Rev Panam Salud Pub. 2011; 30(5):415-21.

6. Silva E. As representações sociais da avaliação da aprendizagem em cursos de licenciatura em matemática on-line [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2010.

7. Minayo MCS. O Conceito de representação social na sociologia clássica. In: Guareschi P, Jovchelovitch S, organizadores. Textos em representações sociais. Petrópolis: Vozes; 1995. p. 89-111.

8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.

9. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2004.

10. Alarcão I. Escola reflexiva e nova racionalidade. Porto Alegre: Artmed; 2001.

11. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

12. Cotta RMM, Silva LS, Lopes LL, Gomes KO, Cotta FM, Lugarinho R, et al. Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. Cienc Saude Colet. 2012; 17(3):787-96.

Costa GD, Cotta RMM. El aprender haciendo: representaciones sociales de estudiantes de la salud del portafólio reflexivo como método de enseñanza, aprendizaje y evaluación. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):771-83.

En el actual contexto de cambios necesarios en la formación de profesionales de la salud, destaca el portafólio. Es objetivo de este estudio identificar las representaciones sociales de los estudiantes de la enseñanza, aprendizaje y evaluación proporcionada por el portafólio. Se ha utilizado la investigación cualitativa donde se utilizó las técnicas de triangulación: observación participante, entrevistas y grupos focales. Los participantes fueron 114 estudiantes universitarios de cursos de salud. Los datos fueron analizados a través del análisis de contenido. Los resultados apuntan los núcleos de sentido del portafólio como método de enseñanza y aprendizaje: facilidades para comprender el contenido, la autonomía, la libertad, la actitud crítica y reflexiva. Como método de evaluación: el error como oportunidade, la interación con el professor y el ambiente de evaluación diferenciado. También se encontraron puntos de convergencia y conflicto: tempo demandado para la ejecución de las actividades, el proceso de reflexión y el uso de un método innovador en el contexto de la enseñanza tradicional.

Palabras clave: Representaciones sociales. Enseñanza en salud. Portafólio reflexivo.

Recebido em 03/03/14. Aprovado em 08/07/14.

DOI: 10.1590/1807-57622013.1030

"Campo" en la educación médica:
un escenario para poner en perspectiva prácticas de Salud y Educación

Gabriela Lucía Lacarta[a]
Diana Milstein[b]
Tomás Schwarcz[c]
María Andrea Dakessian[d]
Alicia Cattani[e]

Introducción

Este trabajo aborda situaciones que acontecen en el escenario de aprendizaje "Campo" del primer año de la carrera de medicina del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de La Matanza, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Surge de la investigación que se está llevando a cabo en el Departamento de Ciencias de la Salud[f]. En este estudio abordamos el proceso de formación inicial de los estudiantes de la carrera de Medicina desde el comienzo de su organización y puesta en marcha. La intención es comprender en qué consisten los cambios sociales y culturales que se producen en las comunidades, en las instituciones, en los sujetos asociados a la implementación de esta currícula considerada innovada. El encuadre metodológico es de tipo cualitativo-etnográfico. La línea de este trabajo enfoca el relato y la reflexión en torno a cómo se aprende en el escenario "Campo", en los encuentros entre los estudiantes y los equipos de salud, entre los estudiantes y los docentes, entre los estudiantes y la comunidad y entre sí particularmente durante el "práctico reflexivo".

El Municipio de La Matanza se encuentra ubicado en la provincia de Buenos Aires, dentro del Gran Buenos Aires. Es el municipio más extenso del conurbano, con una superficie total de 325,71 kilómetros cuadrados[g]. Se caracteriza por su población numerosa, que asciende a 1.775.816 habitantes según el Censo 2010 realizado por el INDEC[h]. En 2001 (INDEC) la población que habitaba en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) representaba el 20%. La Universidad de la Matanza comenzó a funcionar en el año 1991 y, de la matrícula total, aproximadamente el 80% de sus estudiantes que son primera generación de universitarios. En este contexto se enmarca la creación de la carrera de Medicina que comienza a dictarse en el año 2012, como parte de la creación del Departamento de Ciencias de Salud, en 2011, con un proyecto pedagógico-didáctico innovador tanto en cuanto a las decisiones sobre la perspectiva de salud con fuerte enfoque en APS, como por el modo en que están estructurados los espacios curriculares, en términos de espacio-tiempo, centralidad en el aprendizaje, y la producción de conocimiento para la educación médica.

[a-e] Carrera de Medicina, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de la Matanza. Florencio Varela 1903 (B1754JEC), San Justo. Buenos Aires, Argentina. investigacionessalud@unlam.edu.ar

[f] Se trata del proyecto de investigación "La educación médica innovada; cotidianeidad, debates y experiencias educacionales en la implementación de una nueva carrera".

[g] Municipio de La Matanza. http://www.lamatanza.gov.ar/matanza/ubicacion.php

[h] Cuadro P2-D. Provincia de Buenos Aires, partido La Matanza. Población total por sexo e índice de masculinidad, según edad en años simples y grupos quinquenales de edad. Año 2010. http://www.censo2010. indec.gov.ar/resultadosdefinitivos.asp

Esta carrera de medicina se aprueba e implementa sobre la base de una currícula innovada de educación médica. Los rasgos de esta condición de innovada consisten en que su diseño se centra en el estudiante, se promueven múltiples formas de integración, se prioriza la vinculación teoría práctica y en que los estudiantes realizan experiencias preprofesionales desde el inicio de la carrera. De ahí que los contenidos, prácticas y estrategias pedagógicas se organizan sobre el supuesto del aprendizaje situado y significativo. Es decir, no como la simple aplicación de conceptos y herramientas "neutras" de enseñanza preestablecidas, sino como un ejercicio constante de aprehensión de la realidad considerando al conocimiento como resultado de la actividad de los sujetos, el contexto y la cultura. En cuanto a la relación con el conocimiento, se promueve la autonomía del estudiante para que realice sus propias búsquedas de información con criterio crítico, organice experiencias significativas y construya colectivamente el saber, poniendo a disposición herramientas para la selección de conocimientos válidos y atendiendo los contextos de producción.

Todas las carreras de medicina tienen prácticas preprofesionales, pero en la gran mayoría de ellas estas prácticas son al final de la carrera de grado. La enseñanza de la medicina en la Argentina incorporó en la década del 60 del siglo pasado como resultado de una lucha estudiantil, la práctica preprofesional en hospitales para los estudiantes de la UBA a partir del ciclo clínico, bajo el nombre de unidad hospitalaria (UDH). Esta experiencia, innovadora en su momento, podríamos compararla con la innovación de la carrera de medicina de la UNLaM, en tanto presenta una práctica preprofesional desde el inicio del primer año, que se mantiene y amplía hasta el final de la carrera. En la Argentina, sobre trece carreras de medicina que se dictan en universidades públicas, actualmente ocho implementan currículas innovadoras. Sin embargo, ninguna de las ocho ha incorporado un escenario de aprendizaje concreto y sostenido durante toda la carrera de práctica preprofesional en terreno. La particularidad de la carrera de medicina de la Universidad de la Matanza es que los estudiantes las realizan desde el primer año de la carrera; el escenario curricular en el que las realizan lo denominamos "campo". Llamamos escenario a espacios-tiempo curriculares regulados de forma distinta a los de las "clases convencionales". Son espacios de práctica integradora de saberes provenientes de la propia experiencia y de los aprendizajes que logran en otros escenarios y unidades de aprendizaje, en el que la experiencia es la articuladora. Al espacio "campo" lo constituyen los centros de salud y los ambientes comunitarios y locales en los que estos centros están contextualizados. Durante el año 2012 las instituciones de desempeño fueron centros de salud del municipio de La Matanza, donde está ubicada la Universidad, y de zonas aledañas a este, Morón y zona oeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se conformaron 14 comisiones de entre 7 y 10 estudiantes cada una, coordinada por un docente tutor de la Universidad que a su vez, en todos los casos, era profesional integrante del equipo de salud del centro de salud base de la comisión – médico/as, enfermera, psicólogas, trabajadoras sociales, bioquímico, odontóloga. En este sentido, podemos afirmar junto a Tejada Fernández que "el profesor no puede seguir siendo el *monopolizador del saber y transmisor de conocimiento* (modelo tradicional), sino que cobra nuevo protagonismo, en cuanto a competencias sobre todo, por la interacción entre las instituciones educativas y formativas, por un lado, y sociedad en su conjunto, por otro"[1] (p. 113). Es desde esta perspectiva que se implementó el escenario "campo", para que los estudiantes estén en contacto, desde el inicio de su carrera, con otras profesiones diferentes a las de su elección del equipo de salud y reflexionen sobre la importancia y la complejidad del trabajo en equipo.

El escenario tiene una carga horaria semanal de cinco horas. Durante las três primeras horas los estudiantes desarrollan en el terreno las actividades programadas; al finalizar, junto con el/la tutor/a desarrollan un plenario y cierran con una sesión de práctica reflexiva. Las prácticas reflexivas tienen como objetivo recuperar saberes y concepciones presentes en las prácticas con el fin de comprender la lógica que las organiza y analizar críticamente las propias prácticas, las de los integrantes de los equipos de salud y las de la comunidad con la que interactúan.

El escenario "campo" es entonces un espacio en el que los estudiantes se contactan con la realidad de las comunidades y con su situación de salud. En este escenario se ponen en juego y se integran necesariamente los conocimientos que se elaboran en las distintas unidades de aprendizaje de la carrera. Asimismo, la presencia de los estudiantes en las instituciones barriales y municipales genera situaciones nunca antes experimentadas que interpelan, incomodan y obligan a la reflexión sobre el

rol y las competencias de la Universidad y específicamente de los estudiantes de medicina, en su interacción con el medio. Se desdibuja la clásica idea de "adentro y afuera" de la Universidad, cuyos límites comienzan a permearse y a volverse imprecisos.

En "campo" los estudiantes exploran aspectos asistenciales, incorporan habilidades clínicas, aprenden a "ver" y "escuchar" desde el lugar que ocupa la comunidad y los trabajadores de la salud y a documentar lo observado, participan e intercambian con gente de las diferentes comunidades, identifican necesidades, priorizan problemas, formulan planes educativos, preventivos y de promoción[2].

La programación del escenario para los estudiantes de primer año tiene por objetivo que los estudiantes observen y comprendan el proceso de salud-enfermedad – atención desde el punto de vista de la estrategia de la promoción – prevención en APS en Centros de salud y otros espacios e instituciones situadas en el territorio asignado, a través de actividades que los involucren[i].

[i] Manual de escenario "campo".

El programa del escenario se desarrolla en tres etapas. La primera se desarrolla durante cuatro semanas a través de encuentros en el edificio de la universidad. Se considera que deben prepararse para comenzar las actividades en el territorio que les es asignado. Desarrollan actividades de observación participante, entrevistas y registro para ejercitarse en el uso de estos modos de aprehender fenómenos sociales. También toman contacto con los tutores y a través de ellos con primeras informaciones con el lugar y el centro de salud para poder insertarse desde su rol de estudiantes. Las siguientes dos etapas se desarrollan en los centros de salud, instituciones, viviendas y también en la calle en interacción con los trabajadores de los equipos de salud, pacientes, vecinos, docentes, etc. Durante esta segunda etapa los estudiantes comienzan a familiarizarse con las actividades, los modos de actuar y decir, las formas de relación propias de lo local – del Centro de salud, el equipo, los grupos sociales que integran la comunidad de ese barrio y otras instituciones barriales. En la tercera etapa se continúan realizando las actividades de la etapa previa pero se espera que se espera que los estudiantes vayan incorporando y afianzándose en los diferentes roles que deben asumir como parte fundamental del aprendizaje en este escenario: promotor y defensor de derechos, educador, agente sanitario, investigador, preclínico[i]. Durante esta última etapa, cada comisión implementa un proyecto de investigación participativa que se va construyendo a partir de la detección de necesidades y del intercambio con la comunidad y el equipo de salud. Se trata de que los estudiantes aprendan a formular preguntas que permitan problematizar las situaciones de conflicto, demanda, necesidad como modo de comprenderlas, y diseñar posibles intervenciones que intenten dar respuestas acotadas a las situaciones problematizadas. Entre las situaciones que han sido problematizadas por los estudiantes de primer año podemos mencionar caídas de altura por déficits constructivos en las viviendas, primeros auxilios ante quemaduras y mordeduras de animales, sexualidad en adolescentes, la convivencia con la basura.

[i] Estos roles se corresponden con las dimensiones de la Atención Primaria de la Salud. Se apunta a que la formación básica del estudiante de medicina abarque el conjunto de estas dimensiones como manera de evitar reducir la práctica del médico a una función restringida.

Así, durante las tres etapas, los estudiantes generan situaciones en las que se encuentran con grupos y personas con quienes interactúan y despliegan formas dialógicas que les abren las posibilidades de conocer desde y con la experiencia. De una manera similar al trabajo de campo de los etnógrafos, se promueven encuentros con "otros" con quienes interactúan y construyen experiencias que generan conocimiento en tanto se estimula la circulación de información que deviene en aprendizaje para todos los involucrados. Fabian[3] sostiene que la etnografía – modo de producir conocimiento antropológico – es dialógica, producto de la interacción fundamentalmente – aunque no solamente – hablada, y enfatiza que los datos que se desprenden de la investigaciones se forjan, se

hacen; no se encuentran – como se considera habitualmente. Quienes se encuentran son personas, sujetos que se comunican y a través de los lenguajes y en la acción producen colaborativamente conocimiento. Tomamos esta conceptualización de "encuentro" para hacer una lectura comprensiva del escenario y preguntarnos en qué consisten los encuentros en los que se aprende y se enseña con la presencia de otros que no son ni estudiantes ni docentes.

Encuentros en el escenario campo
¿Quiénes son los que se encuentran en "campo"?

Nos preguntamos en un primer momento quienes son lo que se encuentran; pensamos que en primer lugar lo hacen los estudiantes entre sí; progresar desde el encuentro de individualidades hacia la conformación de los grupos en términos psico-sociales y la integración como equipos de trabajo.

Concomitantemente al encuentro entre los estudiantes, se produce el encuentro entre estos y sus tutores y, posteriormente, el encuentro entre los estudiantes y los equipos de la salud y entre los estudiantes y la comunidad. Si bien ordenamos los encuentros secuencialmente, todos estos relacionamientos devienen dialécticamente durante toda la experiencia de "campo" e impactan en los sujetos, grupos, instituciones y comunidad, pero particularmente en los procesos y experiencias de formación de los estudiantes. Esto produce que cada estudiante esté atravesado y en continua modificación por todas estas vivencias. Lo que sucederá también con cada uno de los protagonistas de estos colectivos, es decir, los tutores, los integrantes de los equipos de salud, los pobladores de esa localidad/barrio/vecindad.

Dándonos una licencia para generalizar, podríamos afirmar que en los primeros momentos de la llegada de los estudiantes a los centros de salud, la representación de los profesionales de los equipos acerca de ellos, consistió en pensar que eran demasiado jóvenes y que aprenderían como "tablas rasas" o recipientes vacíos sin ningún conocimiento previo, acerca de la realidad que abordarían; o, en el mejor de los casos, tenían una incipiente y por lo tanto muy escasa capacitación teórica lo que indicaba que no podrían integrarla a las experiencias en el terreno. Pero, la lógica integradora como rasgo que atraviesa toda la currícula – tanto las unidades de aprendizaje, los otros escenarios – y la preparación previa en el escenario "campo" abrían otras oportunidades que muy pronto se impusieron sobre esa representación descripta. Las prácticas pre profesionales se fueron constituyendo en experiencias motivadoras y potenciadoras de las saberes abordados en otros espacios, actualizaron experiencias culturales de los estudiantes, promovieron el estudio y le dieron sentido a muchos de los contenidos abordados en la enseñanza-aprendizaje, por ejemplo en los espacios de seminario, de clase en la universidad. Entender cómo los saberes teóricos organizan y dan sentido a las prácticas, es decir reconstruir supuestos teóricos organizadores de las prácticas era una tarea central en campo; y en correspondencia con esto era muy importante que los estudiantes estuvieran atentos a descubrir cuándo y cómo las prácticas interpelaban, se relacionaban, se correspondían, se apartaban o acercaban a conocimientos enseñados teóricamente en las unidades de aprendizaje. Para que esto fuera posible se ofrecían oportunidades para vivir experiencias e incorporar herramientas de aprendizaje que permitían que tanto estudiantes como tutores desarrollaran procesos de distanciamiento y aproximación a lo vivido. Así se intentaba que tendieran puentes cognitivos y emocionales entre las vivencias, las significaciones y los saberes habitualmente incluidos entre los teóricos para integrar, resignificar y producir conocimiento. Una herramienta valiosa para el registro y análisis de las experiencias es el *cuaderno de campo* en donde los estudiantes aprenden a anotar en forma de relato, descripción o simple anotación lo que observan, escuchan, hacen, dicen, sienten. Los estudiantes desarrollan muchas actividades de observación participante que incluye las conversaciones y, al registrar lo que alcanzan de estas vivencias, aprenden a observar y escuchar, a estar con los otros. En los *cuadernos de campo* objetivan a través de la escritura lo vivido. Esto les permite leer y analizar lo pensado y sentido durante los encuentros y así ir desarrollando una visión crítica-vivencial de la

realidad y una capacidad comunicacional que los pone en escena como integrantes del equipo de salud y les permite in-corporar[k] dicha capacidad para utilizarla en el futuro quehacer profesional.

[k] Utilizamos el término in-corporar para enfatizar la idea que esta capacidad comunicacional se encarna, se hace cuerpo en los estudiantes.

Los estudiantes son modificados por lo que van vivenciando día a día; del mismo modo, los profesionales de los equipos de salud – entre ellos los propios tutores/as – comienzan a ser modificados por la interacción con los estudiantes. Con esta afirmación, queremos subrayar que el hecho que los estudiantes asistan a desarrollar actividades en terreno, por un lado, impacta en los procesos de aprendizaje de los propios estudiantes en dimensiones experienciales diferentes a los modos de aprender en seminarios, laboratorios, talleres, tutorías, ateneos, etc. Por otro lado, la presencia de estudiantes desde el primer año en los lugares donde trabajan los técnicos y profesionales de los equipos de salud, provoca un impacto altamente positivo en varias dimensiones. Entre ellas observamos que los trabajadores de la salud se implican en actividades docentes y agradecen esta oportunidad ya que, al exponerse frente a los estudiantes, mejoran la calidad de la atención brindada y se sienten estimulados a actualizar sus conocimientos, tal como varios tutores lo han expresado. En cuanto a los tutores, adquieren habilidades de coordinación de grupo no sólo porque tienen que organizar y dinamizar las comisiones de estudiantes, sino también, porque la propia tarea de coordinación tutorial requiere el armado de redes tanto con el equipo de salud – dentro del centro de salud –, como con otras instituciones – escuelas, comedores, centros de jubilados – y con hospitales. Esto produce modificaciones en los vínculos de ese profesional que es tutor y de los referidos a los centros de salud que densifican sus redes, tanto institucionales como personales. Estas situaciones han redundado en beneficios para los usuarios.

La noción que subyace a la observación participante es que para aprender es necesario desarrollar la capacidad perceptiva – en este caso sobre todo la observación y la escucha – y de interacción con personas y grupos a través de la participación que permite insertarse en los modos de hacer, pensar y actuar. A la vez, este aprendizaje requiere cierto grado de separación de la realidad tal como es vivida para alcanzar grados de comprensión cada vez más profundos. De ahí que, como parte de las relaciones que se van construyendo en los centros de salud y otros lugares de la localidad, los estudiantes desarrollan un proceso de proximidad con pobladores y trabajadores de la comunidad local en el llamado nivel 0 del Sistema de Salud[l] que produce lo que hemos denominado provisoriamente "proceso de cercanía". Se conforma una suerte de alianza entre actores de ambos grupos, de confianza mutua y colaboración, en la cual los estudiantes se valorizan y son valorizados, y los integrantes de la comunidad local se sienten escuchados y atendidos en forma diferente, humanizada. A punto tal que algunos de los vecinos se llegan a considerar de manera explícita co-formadores de sus futuros médicos. La población local vislumbra el lugar que ocuparán esos estudiantes en un futuro, puede darse el permiso de aconsejarlos, de explicitar lo que ellos esperan de un médico, de hacer y decir "cosas" que no se atreverían a comunicarle a un profesional de la salud. Los estudiantes en un comienzo se posicionan con cierta distancia y ajenidad, no sabiendo como ocupar ese lugar de médicos que no los implica aun, pero escuchan y reciben. Ellos están en una posición privilegiada para interpretar las demandas y deseos de los vecinos y pobladores del lugar a los que algún día van a atender como médicos. Este "proceso de cercanía" abre mejores posibilidades para formarse como médicos incorporando desde el inicio en

[l] El Dr. Mario Rovere denomina nivel 0 del sistema de salud a aquel que el sistema NO incluye en su organización, que algunos profesionales intentan abordar y que nuestro programa focaliza como el nivel que más oportunidades brinda para desarrollar creatividad en estrategias de APS, que fomenta la equidad en las posibilidades de acceso y que ofrece también las mejores oportunidades para que los estudiantes entren en contacto directo con modos no biomédicos de atención a la salud.

forma combinada y a veces poco discernible, impresiones, emociones y conocimientos que marcarán de una manera particular el modo de hacer y pensar la salud, un modo particular de entender y entender-se con los otros. Los auténticos encuentros transforman a los sujetos y su realidad, aun en los desacuerdos.

En palabras de uno de los coordinadores del escenario, el objetivo a lograr es que los estudiantes se sientan "como pez en el agua en la comunidad". Cooke et al.[4] refieren que la formación profesional ocurre a través de la relación con los pacientes. Los autores manifiestan que dicha relación involucra, desde los primeros momentos de la carrera hasta la práctica profesional, experiencias que quedan fijadas, con emociones intensas o resolución de puntos de vista conflictivos o dilemas éticos. Postulan que estas experiencias forman los valores personales y el compromiso con el fin de sembrar el deseo de abogar en defensa de los mejores intereses del paciente.

Los autores referencian a Bleakley y Bligh[5] quienes fueron aun más lejos asegurando que las relaciones profundas, de colaboración, entre los estudiantes y los pacientes deben ser consideradas como el lugar principal para la producción de conocimiento, ya que esta relación es la que motiva que el estudiante pueda comprender la condición de ese paciente tanto desde la perspectiva del paciente, como desde una perspectiva biomédica y psicológica, a la que nosotros agregamos las dimensiones social y cultural. Es más, retomando lo ya enunciado, esta motivación impulsa también a investigar y a reflexionar sobre la práctica.

¿Qué lugar ocupa lo incierto?

Para conocer y entender es preciso ser activo y desarrollar autonomía. "Nadie aprende el oficio de connoisseur o el de diagnosticador si se limita a poner en práctica reglas preexistentes. En este sentido entran en juego (se dice habitualmente) elementos imponderables; olfato, golpe de vista, intuición"[6] (p. 163). El escenario "campo" abre a la pregunta imprevista y por lo tanto a la posibilidad de aprender de la perplejidad, de la sorpresa, del desconcierto, del asombro, de la extrañeza y así develar y descubrir, según los casos. Develar y descubrir produce aprendizajes que están vinculados a conocimientos previamente incorporados. De esta manera se promueve la curiosidad del estudiante, situándolo en otra práctica explícitamente formulada como parte de su formación: la de investigador.

En este sentido, Freeth escribe que las teorías sobre aprendizaje resaltan la importancia motivacional del "gap" entre lo que la gente cree saber y lo que la gente piensa que necesita saber[7]. La autora refiere que esta brecha, estimula el aprendizaje y que los educadores ágiles de todos los tiempos han encontrado maneras de crear o revelar disyunturas constructivas. Aquello que los estudiantes descubren y develan en "campo" puede ser analizado de esta manera, lo que explica su valor educacional.

En "Campo", no todo está pautado o estructurado. Queda lugar para la incertidumbre que motoriza el aprendizaje individual y colectivo y la reflexión, como práctica reflexiva y como autorreflexión.

La práctica reflexiva

La reflexión es clave en el aprendizaje, en la práctica, en tanto y en cuanto es lo que une "el aprender" con "el hacer"[8]. Ahora bien, es necesario que ese aprendizaje en el caso de un estudiante de medicina sea guiado. Es por esto que la práctica reflexiva se realiza junto a los tutores y coordinadores del escenario. Los espacios destinados a la práctica reflexiva apuntan a consolidar una formación informada tanto por la práctica como por la teoría. Es decir, a comprender que el conocimiento no está reducido a la teoría sino que también está en la acción otorgando una lógica a las prácticas, muchas veces difícil de explicitar y, por lo tanto, analizar. La práctica reflexiva tiende a evitar el riesgo de autorizar a la práctica por sobre los conocimientos académicos, como a éstos por sobre la práctica. Así conocimientos académicos y prácticos pueden encontrar modos de articulación e integración apropiados. Los espacios destinados a realizar prácticas reflexivas son privilegiados en tanto dan la oportunidad para la articulación concreta de conocimientos en un sentido transductivo.

El concepto de práctica reflexiva vinculado al aprendizaje fue utilizado por John Dewey en un libro denominado "Cómo pensamos"[9], para referirse a que la actividad de los seres humanos se sostiene en intuiciones y en saberes previos, y por lo tanto cualquier problema lo abordamos, en principio, apelando a ciertos modos de comprensión habituales que hemos adquirido. Esto significa que siempre reflexionamos desde lo que sabemos y hemos vivido, y lo vivido para ser comprendido requiere ser organizado. Es precisamente hacia la necesaria organización de las experiencias vividas, que apuntan los momentos curricularmente programados para realizar las prácticas reflexivas, las que podemos definir siguiendo a Schön[10], como instancias grupales para el proceso de examinación y exploración interna de un tema de preocupación, provocado por una experiencia, que crea y clarifica significados en términos de sí mismo, y que se traduce en una perspectiva conceptual modificada.

Por otro lado, debe enunciarse que la reflexión puede realizarse en el momento mismo de la práctica o después de esta. Este último caso es al que apunta la propuesta de la práctica reflexiva, que se realiza al finalizar cada jornada semanal en campo. El lugar físico en donde se realiza alterna quincenalmente. Una semana es en el edificio de la Universidad donde se encuentran estudiantes que desarrollan actividades en distintos centros de salud y territorios – alrededor de 40. La semana siguiente es in situ, en el centro de salud donde trabaja cada grupo, y la práctica reflexiva se realiza entre los integrantes de ese grupo – 10 estudiantes.

La práctica reflexiva tiene por objetivo inmediato desarrollar la capacidad de reflexionar sobre lo actuado, vivenciado, para entender los supuestos que dieron sentido a las interacciones, las acciones, las experiencias. A través de estas reflexiones se procura que las prácticas adquieran el estatus de conocimiento y permitan así ser interrogadas, interpretadas y corregidas. Por otro lado, la práctica reflexiva puede entenderse como un entrenamiento para que el futuro profesional adquiera los hábitos de la formación permanente, tan necesaria para un profesional de la salud.

Esta metodología de acompañar las experiencias preprofesionales tempranas en la formación de médicos con prácticas reflexivas y como parte del aprendizaje de la estrategia de la Atención Primaria de Salud en el marco de la comprensión integral del proceso salud-enfermedad-atención es indudablemente una innovación en el campo de la educación médica.

El escenario en relatos de sus protagonistas

> "Fue impactante porque pude darme cuenta de cosas que suceden cerca del lugar en el que vivo y que antes de la visita a ese lugar no sabía que pasaban. Siempre viví en Laferrere y hasta ese día nunca supe que hay barrios en los que cuando llueve se inundan y se destruyen las casas de muchos vecinos, teniendo éstos que ser evacuados. Me impactó tanto el relato de estas personas que después busqué en internet noticias sobre inundaciones y pude ver que esto es un tema grave". (Estudiante, cuaderno de campo, abril 2012)

> "A mi me tocó ir con una compañera a conversar con dos familias, y las historias de ambas eran similares, vivían en condiciones de vida muy humildes y luego de la inundación se habían quedado en la calle con todos sus hijos, no tenían dinero y casi ninguna pertenencia pero nos trataron tan bien… Fueron muy atentas con nosotras, la charla fue muy fluida. Por otra parte me sentí un poco indignada con algunas cosas que nos contaron las mamás de los niños, con respecto al trato que recibían en la escuela que los acogía. Decían que no les daban de comer bien y que las cosas que la gente donaba para ellos no se las daban sino que se las quedaban o las utilizaban delante de ellos. Al ver estas cosas uno puede intentar ponerse en el lugar del otro y darse cuenta de que lado quiere estar, si ayudando a quienes necesitan o abusando y aprovechándose de esa necesidad. A mi me encantaría poder formar parte de los primeros". (Estudiante en relación a visita a un centro de evacuados, mayo 2012)

Durante una práctica reflexiva: Los estudiantes de la comisión 6 dicen que en el día de hoy estuvieron hablando con una referente del barrio para hacer el relevamiento del hábitat. Mencionan

que esta señora vive a sólo unas cuadras del centro de salud pero que las condiciones de vida cambian abruptamente. Que no tiene luz ni agua potable. Están contentos con este encuentro, dicen que no querían "ir a ver lo que el mundo o todos quieren escuchar". Están muy impactados por el encuentro. Cuentan cómo vive la señora, dicen que les hizo recorrer su casa, que tiene un chancho y otros animales. Entre todos cuentan el encuentro. "Yo en mi propio barrio no conocía esa realidad". "Para mi es más importante que ellos vean que nos importan, no sólo darles salud, salud, salud". "Ellos están acostumbrados a que ellos vienen a nosotros" (Práctica reflexiva 27-9-2012, estudiantes comisión 6).

Conclusión

En base a lo ya recorrido podemos afirmar que las prácticas pre profesionales tempranas son beneficiosas e indispensables para la formación de profesionales idóneos y comprometidos con la realidad de la población a la que van a atender. En este sentido, a diferencia con las formaciones de médicos que se incorporan a prácticas preprofesionales recién en la fase clínica, esta forma temprana permite incorporar – en el sentido de hacer cuerpo (embodiment) – desde la experiencia una visión amplia del rol del médico en la APS, produciendo que no reduzca su práctica a cuestiones de índole clínico asistencial, sino que éstas se integren a roles tales como los de educador, defensor de derechos, investigador, entre otros. Consideramos que esto le permitirá reconocer, por ejemplo, aspectos indispensables de las estrategias de APS como la interculturalidad, no en el sentido de un discurso, sino de una práctica en sí misma, de un modo de establecer relaciones y comunicación con los otros.

Es asi que, en base a nuestra experiencia, consideramos fundamental que el estudiante participe de la resolución de problemas complejos de salud. Refiere Marins[11] que de esa forma los estudiantes pasan a participar de las reuniones de las asociaciones de vecinos, de los consejos de salud y de otros espacios donde esos problemas son debatidos. Esta primera investigación nos lleva a coincidir con la postura del autor que considera que "las habilidades y actitudes que el estudiante puede desarrollar en su actuación frente a los problemas concretos de la realidad, ejercen una enorme influencia sobre la postura de los futuros profesionales"[11] (p. 100). Marins propone, al igual que nosotros, que los estudiantes comiencen la experiencia de campo en el primer año de la carrera de medicina.

En esta primera exploración fuimos encontrando algunos términos ya utilizados por otros autores[12]. Entre los más importantes señalamos que los "descubrimientos" en el "contacto con situaciones reales", son relevantes a los fines del aprendizaje significativo y de la mirada social que se espera que tengan los estudiantes de nuestras carreras. Por otra parte, desde nuestra propia experiencia, estos "descubrimientos" pueden producirse desde más temprano en la carrera, dejando entonces huellas más profundas que van a incidir en el futuro quehacer profesional.

A esto se suma el hecho que desde la organización del escenario campo apuntamos a que los estudiantes vayan en el primer año a campo en sus zonas de residencia. En este sentido, otra vivencia que hará mella en los futuros profesionales es la de "descubrir" en sus propios barrios, en sus lugares de residencia, situaciones de vida similares y diferentes a las suyas y así alcanzar grados de alteridad imprescindibles para la práctica médica.

Destacamos el lugar privilegiado de la práctica reflexiva que permite que lo vivido en los encuentros en campo puedan pensarse y reconstituirse como conocimientos situados. Como fue enunciado en este trabajo, el escenario campo no podría darse sin las instancias de reflexión. Nos referimos a la reflexión tanto durante la acción, y para el caso particular del estudiante de medicina es la acción propia y la acción observada en el escenario. Nuevamente, se trata de una reflexión que surge de la sorpresa ante lo inesperado[10].

Pero a los fines de la enseñanza de la medicina, es necesario e imprescindible que esas reflexiones durante la acción, sean luego revisadas y encauzadas a un aprendizaje significativo. Dado que las experiencias prácticas están en el centro de la formación profesional del médico, las prácticas reflexivas estimulan y habilitan los procesos de transformación de experiencias en conocimientos, habilidades, actitudes y valores. Durante las prácticas reflexivas los estudiantes, junto con tutores y profesores, se preguntan: sobre problemas acontecidos en las actividades de Campo, sobre sus consecuencias y cómo

fueron abordados, sobre lo que se aprendió del problema y del sí mismo, en esa situación y sobre cómo una situación igual o similar podría ser abordada la próxima vez. Y, muy en particular, sobre elementos del bagaje teórico que van incorporando en las distintas unidades de aprendizaje y "cobran vida" en las experiencias que se producen en campo. Allí, la producción de conocimiento alcanza una dinámica particular y situada: es donde estamos, con quienes estamos y en nosotros mismos. Esta metodología de trabajo puede constituir otra forma de "ser médico" que facilite las miradas integrales e integradoras de las prácticas en salud.

Quedan por delante muchos desafíos:

• Consolidar la articulación del escenario "campo" con el resto de la currícula.

• Co-construir la articulación con los servicios de salud.

• Lograr llegar a ser agentes transformadores del Sistema de Salud mediante el protagonismo de los estudiantes en sus procesos de aprendizaje en el escenario.

• Superar las dificultades que surgen del conflicto de lealtades de los tutores de campo hacia sus centros de salud y hacia la universidad.

• Vencer nuestra propia tendencia a reproducir las formas en las que aprendimos, "no enseñar cómo nos enseñaron".

Colaboradores

Los autores trabajaron juntos en todas las etapas de producción del manuscrito.

Referencias

1. Tejada Fernández J. Función docente y formación para la innovación. Rev Acad Mex Educ. 2001; 4(4):111-38.

2. Milstein D, Mazur V. "Campo" y práctica reflexiva. Texto escrito para estudiantes de la carrera de Medicina de la UNLaM (inédito). San Justo; 2013.

3. Fabian J. Time and the other: how anthropology makes its object. New York: Columbia University Press; 1983/2002.

4. Cooke M, Irby D, O´Brien B. Educating physicians: a call for reform of medical school and residency. San Francisco: Jossey-Bass; 2010.

5. Bleakley A, Bligh J. Who can resist Foucault? J Med Philos. 2009; 34(4): 368-83.

6. Ginzburg C. Mitos, emblemas, indicios: morfología e historia. Barcelona: Gedisa; 2010.

7. Freeth D. Interprofessional education. En: Swanwick T, editor. Understanding medical education: evidence, theory and practice. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010. p. 53-68.

8. Pee B, Woodman T, Fry H, Davenport ES. Practice-based learning: views on the development of a reflective learning tool. Med Educ. 2000; 34(9):754-61.

9. Dewey J. Cómo pensamos. Nueva exposición de la relación entre pensamiento reflexivo y proceso educativo. Barcelona: Paidós; 1933/1989.

10. Schön D. La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje de las profesiones. Barcelona: Paidós; 1987.

11. Marins NJJ. Los escenarios de aprendizaje y el proceso del cuidado de la salud. En: Marins NJJ, Rego S, Barbosa Lampert J, Correa de Araújo JG, organizadores. Educación médica en transformación: instrumentos para la construcción de nuevas realidades. São Paulo: Hucitec-ABEM; 2004. p. 98-102.

12. Arango de Bedoya Y, Casas LA, Grill H, Hoyos J, Jimenez F, Montoya JG, et al. Práctica comunitaria en unidades de atención primaria a nivel rural: una experiencia con estudiantes de medicina. Educ Med Salud. 1984; 18(2):164-84.

En el año 2012 el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad de la Matanza, Argentina, implementó la carrera de medicina. Sobre la base de un diseño curricular que integra conocimientos y prácticas, los estudiantes, desde el primer año de la carrera, desarrollan actividades en la comunidad junto a equipos de salud. Con este fin se generó un escenario de aprendizaje denominado "Campo". Este trabajo describe la experiencia del primer año de la primera cohorte de estudiantes de la carrera, específicamente en relación a la inserción en este escenario, y discute alrededor de este modo de enseñanza y aprendizaje innovador, que consiste en incorporar a los estudiantes a observar y participar junto a los equipos de salud de los centros del primer nivel de atención.

Palabras clave: Educación médica. Innovación. Prácticas pre-profesionales. Práctica reflexiva.

"Field" in medical education:
a scenario for putting healthcare and education practices into perspective

In 2012, the Department of Health Sciences of the University of La Matanza, Argentina, implemented an undergraduate medical course. Based on a curriculum that integrates knowledge and practice, first-year students on the course develop activities with healthcare teams in the community. For this purpose, a learning scenario called "Field" was generated. This paper describes the experience of the first year of the first group of students, specifically in relation to their inclusion in this scenario, and discusses this innovative teaching and learning process, in which students observe and participate in health teams at primary care units.

Keywords: Medical education. Innovation. Pre-professional practices. Reflective practice.

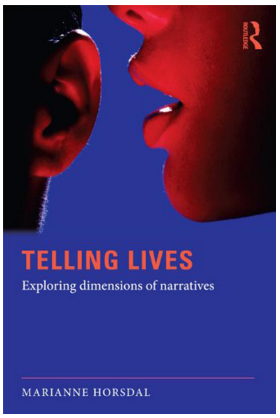
"Campo" na educação médica:
um cenário para colocar em perspectiva práticas de Saúde e Educação

Em 2012, o Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de La Matanza, Argentina, implementa o curso de graduação em Medicina. Com base em um currículo que integra conhecimento e prática, os alunos do primeiro ano do curso fazem atividades com as equipes de saúde na comunidade. Para este fim, foi gerado um cenário de aprendizagem denominado "Campo". Este artigo descreve a experiência do primeiro ano do primeiro grupo de estudantes, especificamente em relação à inclusão nesse cenário, e discute sobre o processo inovador de ensino e aprendizagem em que alunos observam e participam, com as equipes de saúde, das unidades de atenção primária.

Palavras-chave: Educação médica. Inovação. Prática pré-profissional. Prática reflexiva.

Recebido em 09/04/14. Aprovado em 09/07/14.

DOI: 10.1590/1807-57622013.1032



Horsdal M. Telling lives: exploring dimensions of narratives. USA: Routledge; 2012.

Pamela Siegel[a]
Nelson Filice de Barros[b]

Por que as narrativas de vida são importantes

Germano e Castro[1] afirmam que subjetividades são construídas na prática discursiva cotidiana e que as narrativas podem ser abordadas de diferentes perspectivas, sobretudo no campo da experiência da saúde/doença. Segundo Schütze[2], o trabalho biográfico é basicamente uma atividade interna da mente e da psique emocional, atividade essa essencialmente constituída pela conversação com outros significantes e si mesmo. Um dos usos das narrativas pode ser considerado filosófico e metodológico, cujo propósito está focado naquilo que a narrativa pode contribuir para um conhecimento mais profundo da experiência individual e grupal[3].

Nesta mesma linha de raciocínio apresentamos o trabalho de Horsdal[4], docente em pesquisa da educação na University of Southern Denmark, denominado *Telling Lives. Exploring dimensions of narratives*. Com 176 páginas, o livro está distribuído em 13 capítulos. Segundo a própria narrativa da autora, na infância ela morou numa casa com um sótão, que continha caixas e baús repletos de fragmentos de vidas, objetos, textos e livros. Foi explorando esses materiais que ela imaginava as estórias que poderiam estar por trás dos objetos. A partir de 1989 começou a colecionar e escrever histórias de vida, quando já tinha familiaridade com a teoria narrativa, adquirida no Departamento de Literatura.

Nos capítulos 1 e 2, expõe a autora expõe a articulação existente entre a trama da narrativa e o fator tempo. Toda trama tem um começo, meio e fim, mas pode começar a ser contada a partir de um ponto qualquer da trajetória. Fisicamente, todo ser humano percorre um caminho único no tempo e no espaço desde a infância até o final da vida. O ponto mais importante da trama na narrativa é a configuração do sentido da nossa participação nas comunidades e a trajetória entre elas, pois as histórias podem nos elevar acima da perspectiva do aqui e agora e tornar possível a transmissão cultural, proporcionando uma identificação com experiências de outros lugares e tempos.

A identificação dos elementos da "gramática narrativa" é o tema do capítulo 3. Basicamente, toda narrativa contém: uma estrutura temporal; inferencial, uma inferência causal, informacional e avaliativa. As narrativas são criadas e compreendidas de diferentes perspectivas culturais, sociais e históricas. Histórias de

[a,b] Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas. Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (LAPACIS) - Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária. Campinas, SP, Brasil. 13083-887. gfusp@mpc.com.br; nelfel@uol.com.br

experiências pessoais podem ser contadas, assim como a ficção, como dramas heroicos, tragédias, comédias, contos de fadas, anedotas, ou mesmo justificativas retóricas. A autora chama a atenção, também, para a interação entre os parceiros da interlocução e a co-construção do sentido.

Nos capítulos 4 a 7, transporta o leitor para um universo de conceitos como plasticidade cerebral, memória, interações, simbolização e competência narrativa. Esta última é composta de 16 itens que a autora conseguiu identificar ao longo de uma década de pesquisa e que envolvem desde a capacidade de articulação até a habilidade analítica.

No capítulo 8 explica que, entre os projetos dos quais participou, a principal aplicação da pesquisa em narrativas foi na melhoria do entendimento intercultural. Aborda questões como o número de entrevistas; a utilidade da entrevista piloto; o uso de métodos como a bola de neve ou anúncios pedindo entrevistados; o primeiro contato; o local deste contato; a importância de não interromper o entrevistado durante a entrevista, mas deixar algumas perguntas para o final e o registro das narrativas.

Nos capítulos 9 a 13 a autora abrange temas como interpretação e análise das narrativas de vida; identidade cultural; identidade pessoal; cidadania ativa e aprendizado biográfico; perspectivas educativas e comentários finais.

Os pontos mais importantes a serem levados em consideração na análise das narrativas são: 1) a entrevista é realizada num determinado ponto do tempo dentro de um contexto de um determinado projeto, o que obviamente determina a análise do material; 2) a atual situação de vida do pesquisador pode influenciar sua compreensão da entrevista; 3) o contexto macrossocial também influencia; 4) narrativas coletivas e culturais influenciam as suposições básicas e o entendimento implícito do pesquisador; 5) a competência analítica e a experiência do pesquisador e seu "repertório narrativo" influenciam a pesquisa.

A autora encerra o livro declarando que a aquisição da competência narrativa em espaços culturais diferentes, abertos a negociações, pode estimular a plasticidade e complexidade cerebral e nos ajudar a compreender que estamos todos interligados, que somos interdependentes e, ao mesmo tempo, iguais e insubstituíveis. E também nos ajuda a melhorar a forma com que respondemos ao comportamento do outro e de outras criaturas vivas, no nosso mundo. Enfim, as narrativas são a forma de dar voz a todos, independentemente do entrevistado considerar a sua narrativa importante ou não.

Consideramos o livro uma ferramenta de grande utilidade para os alunos, professores e pesquisadores que almejam trabalhar com pesquisa social, educação e saúde, sobretudo, porque as narrativas podem ser usadas em projetos de educação para a cidadania democrática, trabalhando com assuntos complexos como autoexpressão, diálogo intercultural, pertença e inclusividade, sensibilidade, empoderamento, conhecimento, valores e atitudes.

Referências

1. Germano I, Castro CA. Pesquisa em saúde: perspectivas narrativistas, métodos e níveis de análise. Psicol Argum. 2010; 28(60):17-29.

2. Schütze F. Biography analysis on the empirical base of autobiographical narratives: how to analyse autobiographical narrative interviews – part I. Module B.2.1.INVITE – Biographical counseling in rehabilitative vocational training – further education curriculum; 2007 [acesso 2013 Jul 17). Disponível em: http://www.biographicalcounselling.com/download/B2.1.pdf

3. Lieblich A, Tuval-mashiach R, Zilber T. Narrative research: Reading, analysis and interpretation. California: Sage; 1998.

4. Horsdal M. Telling lives: exploring dimensions of narratives. London: Routledge; 2012.

Recebido em 31/12/13. Aprovado em 10/01/14.

DOI: 10.1590/1807-57622014.0478

A integração da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família

The integration of mental health in Family Health Strategy

La integración de la Salud Mental en la Estrategia de Salud de la Familia

Introdução: A integração da saúde mental (SM) na atenção primária (AP) é a principal garantia de acesso da população às boas práticas em SM. Embora amplamente recomendada há décadas, existem poucos modelos de integração efetiva da SM na AP. Em 2008 o Ministério da Saúde do Brasil criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que passou a ser o responsável pela integração da SM na AP. O objetivo deste estudo é conhecer, a partir da ótica dos gerentes da AP, como se dá a integração da SM na AP, suas visões sobre o NASF e sugestões para melhorar este modelo de integração. A partir dos resultados apresentaremos recomendações para aperfeiçoar o modelo vigente de integração da SM na AP.

Método: Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, com orientação analítica – descritiva. Foram realizadas dez entrevistas semi-estruturadas com gerentes da AP, na região metropolitana de São Paulo. Trabalhou-se com o conceito de amostragem intencional, utilizando como critério de escolha os casos extremos ou desviantes. Foi utilizado o método da Análise Estrutural ou *Framework Analysis*, uma modalidade de análise de conteúdo.

Resultados: Os entrevistados consideraram haver mais barreiras do que facilitadores à integração da SM na AP. As barreiras e facilitadores apresentados estavam relacionados ao contexto social, fatores organizacionais, e componentes pessoais das equipes de trabalhadores. Os gerentes mostram não ter clareza sobre como operacionalizar suas ideias sobre integração da SM na AP e sobre o escopo das intervenções da SM na AP. Na visão dos gerentes a atuação do NASF ainda é incapaz de promover o cuidado integrado.

Conclusões: A implementação do cuidado em SM na AP é uma prioridade no cenário brasileiro atual, mas sua efetivação não ocorrerá sem o desenvolvimento de estratégias adequadas. Processos de trabalho que permitam uma integração e colaboração entre o cuidado do profissional da atenção primária e o especialista são de extrema necessidade. A política atual recomenda o cuidado compartilhado, entretanto as novas práticas de trabalho são difíceis de alcançar. Todos os gerentes entrevistados concordam que o melhor é integrar a SM na ESF, mas apontam que esta implementação permanece um desafio. A maior dificuldade não é criar a política de integração da SM na AP, mas viabilizar sua implementação. Por ser o NASF um modelo inovador, sobretudo por ter sido escolhido pelo Ministério da Saúde do Brasil como a estratégia de integração da saúde mental na ESF, é de grande importância a avaliação detalhada desta experiência. Ainda que questões mais específicas acerca da gestão dos NASF não dispensem pesquisas de avaliação mais aprofundadas, os resultados do presente estudo contribuem para estabelecer prioridades das intervenções da SM na AP e para produzir modificações relevantes e úteis para o aprimoramento dos atendimentos da ESF. Recomenda-se aperfeiçoamento do processo de trabalho do NASF e investigações sobre a

natureza e exequibilidade do apoio matricial no contexto da AP.

Carmen Lúcia Albuquerque de Santana
Dissertação (Mestrado), 2013
Mestrado Internacional em Políticas e Serviços de Saúde Mental (Organização Mundial de Saúde-Faculdade de Medicina, Universidade Nova de Lisboa)
carmen.santana@uol.com.br

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Primária. Organização de serviços. Pesquisa qualitativa. Análise estrutural.

Keywords: Mental Health. Primary care. Services organization. Qualitative research. Framework analysis.

Palabras clave: Salud Mental. Atención Primaria. Organización de los servicios. Investigación cualitativa. Análisis estructural.

Texto na íntegra disponível em:
http://run.unl.pt/bitstream/10362/12158/1/Santana%20Carmen%20TS%202013.pdf

Recebido em 24/06/14. Aprovado em 29/08/14.

DOI: 10.1590/1807-57622014.0583

Programa saúde na escola: limites e possibilidades intersetoriais

School health program: limits and intersectoral possibilities

Programa de salud en la escuela: límites y posibilidades intersectoriales

A busca por ações integradas e com abordagens intersetoriais tem sido a estratégia adotada por políticas públicas para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde de escolares, na tentativa de contingenciar as vulnerabilidades as quais esta população está exposta. Ao fazer a aproximação das áreas de Educação e de Saúde, intentando abordar uma ação intersetorial nessas áreas, elegemos o Programa Saúde na Escola (PSE), cujo desígnio é o de promover ações de promoção de saúde a estudantes das escolas públicas brasileiras, com abordagem intersetorial. Por meio do PSE, construímos o objetivo geral desta pesquisa: refletir sobre os limites e possibilidades intersetoriais para o desenvolvimento do autocuidado na escola.

Com uma abordagem qualitativa, utilizamos a entrevista semiestruturada, bem assim a análise ressonante das narrativas. Em um segundo movimento, para abordar os diálogos intersetoriais, narramos nossa experiência na execução de ações intersetoriais. Os resultados patenteiam a necessidade da execução de políticas de enfrentamento aos agravos à saúde, existentes na escola, no entanto as ações intersetoriais ainda sucedem de forma incipiente

Ao pesquisar a execução do Programa Saúde na Escola como política intersetorial, encontramos dicotomias, em que o programa é prescrito pelo setor de saúde para ser executado pelo setor de educação, ocorrendo desta forma uma visão setorial do programa intersetorial. A falta de ações articuladas e integradas entre os gestores dos diversos setores do governo, bem como dos profissionais, encarta inúmeras limitações: a burocratização dos serviços; o desperdício de tempo de recursos financeiros e humanos, igualmente a duplicidade de ações, o que leva ao não atendimento dos objetivos do programa. A escola pode ser o cenário onde se promove o autocuidado, mas, para isso, diversos movimentos ainda precisam viabilizar; valorização e formação dos trabalhadores da saúde e da educação, investimento em infraestrutura, melhoria do acesso aos serviços e assistência à saúde. Ações como essas são imprescindíveis para atingir os objetivos da intersetorialidade e, consequentemente, promover a saúde na escola.

Aristides José da Silva Junior
Tese (Doutorado), 2014
Programa de Pós-Graduação em Educação,
Universidade Federal de Mato Grosso
aristides@ufmt.br

Palavras-chave: Saúde na escola. Intersetorialidade. Autocuidado. Educação e saúde.

Keywords: Health in the school. Intersectoral approach. Self care. Education and health.

Palabras clave: Salud en la escuela. Enfoque intersectorial. Autocuidado. Educación y salud.

Texto na íntegra disponível em:
http: www.ie.ufmt.br/ppge/dissertacoes/index.php?op=download&id=528

Recebido em 05/08/14. Aprovado em 29/08/14.

DOI: 10.1590/1807-57622014.0908

série #3 - solidão

Baillistas*

* Baillistas é um coletivo que utiliza a dança e a fotografia para expressar a condição do corpo contemporâneo em meio à rotina, ao *habitat* e outras condições que as grandes cidades impõem aos seus habitantes. É composto por Piercarlo, Jorge Bascuñan, Laís Aranha e Debora Gepp. Trabalha com mais de trinta intérpretes-bailarinos, além da equipe de produção e making of.

Bailistas

Bailistas

Bailbistas

Bailistas

Vaillistas

Bailistas

Bailistas

Bailllistas

Bailistas

Bailistas

Bailaristas

Bailistas

Bailistas

Bailistas

Sobre a série #3 - solidão

No início de 2012, Piercarlo, Jorge Bascuñan, Laís Aranha e Debora Gepp, por meio da união de seus conhecimentos em diferentes campos da arte, criaram o Baillistas: um coletivo que utiliza a dança e a fotografia para expressar a condição do corpo contemporâneo em meio à rotina, ao habitat e outras condições que as grandes cidades impõem aos seus habitantes. Junto ao quarteto estão mais de trinta intérpretes-bailarinos, além da equipe de produção e making of.

O terceiro ensaio do coletivo, chamado "solidão", conversa diretamente com a história e a transformação urbana do local onde foi fotografado: a Vila Maria Zélia, a primeira vila industrial, no coração da zona leste paulistana. A peculiaridade do processo de urbanização da Zona Leste de São Paulo, em especial, os bairros do Brás e Belenzinho, tem um impacto direto e eminente na vida cotidiana local.

No século XX, as ferrovias viabilizaram o crescimento industrial da região, atraindo mão de obra imigrante e migrante, que desenvolveu uma cultura identitária local, arraigada no convívio urbano em vilas industriais. No decorrer do tempo, no início da década de 1980, as indústrias saíram da zona leste paulistana rumo ao interior do estado; sendo assim, a região se reorganizou funcionalmente, com evidências do processo de urbanização moderno, como a especulação imobiliária e a construção da radial leste, que cortou o bairro ao meio, enfraquecendo as relações de convívio urbano.

As marcas do passado, muitas vezes abandonado, como na vila Maria Zélia, estão inseridas dentro do presente "moderno", em que não há relação comunitária entre os habitantes, causando uma sensação de esgotamento e solidão. Com isso, a poética da série exalta a memória abandonada e os diálogos expressivos entre o passado e o presente por meio da expressão dos corpos em meio à arquitetura em ruínas que fora cenário da série.

Debora Gepp
baillistas@gmail.com
www.baillistas.com
facebook.com/baillistas

Todas as fotos desta edição são de Baillistas, série #3 - solidão, 2013.

série #3 – solidão

No início de 2012 foi criado o Baillistas, coletivo que utiliza a dança e a fotografia para expressar a condição do corpo contemporâneo em meio à rotina, ao *habitat* e a outras condições que as grandes cidades impõem aos seus habitantes. As imagens aqui apresentadas constituem o terceiro ensaio do coletivo, chamado "solidão", que conversa diretamente com a história e a transformação urbana do local onde foi fotografado: a Vila Maria Zélia, a primeira vila industrial, no coração da zona leste de São Paulo.

Palavras-chave: Fotografia. Dança. Arte contemporânea. Corpo. Cidade.

series #3 - solitude

At the beginning of 2012, the "Baillistas" (dancers) collective was created in order to use dance and photography to express the condition of the contemporary body within the routine, habitat and other conditions that big cities impose on their inhabitants. The images presented here are its third essay, named "solitude", which has a direct bearing on the history and urban transformation of the place where the pictures were taken: Vila Maria Zélia, the first industrial village in the heart of the eastern zone of São Paulo.

Keywords: Photography. Dance. Contemporary art. Body. City.

serie #3 – soledad

En el inicio de 2012 se creó *Baillistas*, un colectivo que utiliza la danza y la fotografía para expresar la condición del cuerpo contemporáneo en medio a la rutina, el hábitat y otras condiciones que las grandes ciudades imponen a sus habitantes. Las imágenes presentadas aquí constituyen el tercer ensayo del colectivo, denominado "soledad" que conversa directamente con la historia y la transformación urbana del local en donde fue fotografiado: la Villa Maria Zélia, la primera villa industrial, en el corazón de la zona este de São Paulo.

Palabras clave: Fotografía. Danza. Arte contemporánea. Cuerpo. Ciudad.

Recebido em 03/09/14. Aprovado em 23/09/14.

PROJETO E POLÍTICA EDITORIAL

INTERFACE - Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo. A submissão de manuscritos é feita apenas online, pelo sistema Scholar One Manuscripts.
(http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo)

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

SEÇÕES

Dossiê - textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até seis mil palavras).
Artigos - textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).
Debates - conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras.).
Espaço aberto - notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).
Entrevistas - depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).
Livros - publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).
Teses - descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência, constando de resumo com até quinhentas palavras. Título e palavras-chave em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet. Em relação à autoria, apenas o aluno (mestrando ou doutorando) deve ser citado como autor. É necessário informar a instituição onde o trabalho foi defendido.
Criação - textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.
Notas breves - notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).
Cartas - comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota: na contagem de palavras do texto, incluem-se quadros e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

ENVIO DE MANUSCRITOS

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento estará disponível para upload no sistema.
Nota: para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema.
Acesse o link http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo e siga as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, clique em "Author Center" e inicie o processo de submissão.

Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Notas breves e Cartas).

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título (até 20 palavras), resumo (até 140 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.
Nota: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé: identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Nota importante: ao fazer a submissão, o autor deverá explicitar se o texto é inédito, se foi financiado, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, indicando o número do processo e a instituição.
Em texto com dois autores ou mais também devem ser especificadas as responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do mesmo.
O autor também deverá responder à seguinte pergunta:
No que seu texto acrescenta em relação ao já publicado na literatura nacional e internacional?
O autor pode indicar dois ou três avaliadores (do país ou exterior) que possam atuar no julgamento de seu trabalho.
Se houver necessidade informe sobre pesquisadores com os quais possa haver conflitos de interesse com seu artigo.

CITAÇÕES E REFERÊNCIAS

A partir de 2014, a revista Interface passa a adotar as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos.

CITAÇÕES NO TEXTO

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos.

Exemplo:
Segundo Teixeira[1,4,10-15]
Nota importante: as notas de rodapé passam a ser identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Casos específicos de citação:
a) Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
b) Citação literal: deve ser inserida no parágrafo entre aspas. No caso da citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples.
Exemplo:
"Os 'Requisitos Uniformes' (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM."1
c) Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com recuo à esquerda.
Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].
Exemplo:

> Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver 2.

REFERÊNCIAS
Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) – http://www.icmje.org. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (http://www.nlm.nih.gov/).
As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo.
A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências.

EXEMPLOS:

LIVRO
Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.
Exemplo:
Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.
** Sem indicação do número de páginas.
Nota:
Autor é uma entidade:
Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: meio ambiente e saúde. 3a ed. Brasília, DF: SEF; 2001.

Séries e coleções:
Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO DE LIVRO
Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo
Nota:
Autor do livro igual ao autor do capítulo:
Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.
Autor do livro diferente do autor do capítulo:
Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.
** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO
Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número/suplemento):página inicial-final do artigo.
Exemplos:
Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

* até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.
** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE
Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.
Exemplos:
Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:
Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [acesso 2013 Out 30]. Disponível em: www.google.com.br

* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de acesso (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: http://www.....

DOCUMENTO LEGAL
Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).
Exemplos:
Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

* Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT - 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA
Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.
Exemplo:
Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

ARTIGO EM JORNAL
Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).
Exemplo:
Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

CARTA AO EDITOR
Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano; v(n.):página inicial-final.
Exemplo:
Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

ENTREVISTA PUBLICADA
Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.
Exemplo:
Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.
Exemplo:
Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

DOCUMENTO ELETRÔNICO
Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:"
Com paginação:
Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [acesso em 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: http://www.probe.br/science.html.

Sem paginação:
Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 1 p.]. Available from: http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota:
Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o Doi junto; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

ILUSTRAÇÕES
Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw).

Nota:
No caso de textos enviados para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

As submissões devem ser realizadas online no endereço: http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo

APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).
Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.
Todo o conteúdo do trabalho aceito para publicação, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo DY-NC. É permitida a reprodução parcial e/ou total do texto apenas para uso não comercial, desde que citada a fonte. Mais detalhes, consultar o link: http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/

PROJECT AND EDITORIAL POLICY

INTERFACE - Communication, Health, Education publishes original analytical articles or essays, critical reviews and notes on research (unpublished texts); it also edits debates and interviews, in addition to publishing the abstracts of dissertations and theses, notes on events and subjects of interest. The editors reserve themselves the right to make changes and/or cuts in the material submitted to the journal, in order to adjust it to its standards, maintaining the style and content.
The manuscript submission is online, by the Scholar One Manuscripts system.
(http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo)

All papers submitted to Interface have to follow the instructions described below.

FORM AND PREPARATION OF MANUSCRIPTS

SECTIONS

Dossier - essays or thematic analytical articles, by invitation of the editors, resulting from original study and research (up to six thousand words).
Articles - analytical texts or reviews resulting from original theoretical or field research on themes that are of interest to the journal (up to six thousand words).
Debates - a set of texts on current and/or polemic themes proposed by the editors or by collaborators and debated by specialists, who expound their points of view. The editors are responsible for editing the final texts (original text: up to six thousand words; debate texts: up to one thousand words; reply: up to one thousand words).
Open page - preliminary research notes, polemic and/or current issues texts, description of experiences, or relevant information aired in the electronic media (up to five thousand words).
Interviews - testimonies of people whose life stories or professional achievements are relevant to the journal's scope (up to six thousand words).
Books - publications released in Brazil or abroad, in the form of critical reviews, comments, or an organized collage of fragments of the book (up to three thousand words).
Theses - succinct description of master's theses, doctoral dissertations and/or post-doctoral dissertations, containing abstract (up to five hundred words). Title and keywords in Portuguese, English and Spanish. Access address to the full text, if available in the internet, must be informed. The thesis' advisor name do not figure as author. The institution where the thesis was presented must be indicated.
Creation - Texts reflecting on topics of interest for the journal, at the interface with the fields of arts and culture, which in their presentation use formal iconographic, poetic, literary, musical or audiovisual resources, etc., so as to strengthen and give consistency to the discussion proposed.
Brief notes - comments on events, meetings and innovative research and projects (up to two thousand words).
Letters - comments on the journal and notes or opinions on subjects of interest to its readers (up to one thousand words).
Note: In case of counting the text words, the tables with text are included and the title, the abstract and the keywords are excluded.

SUBMITING ORIGINALS

INTERFACE - Communication, Health, Education accepts material in Portuguese, Spanish and English for any of its sections. Only unpublished papers can be submitted for publication. Translations of texts published in another language will not be accepted. Submissions must be accompanied by an authorization for publication signed by all authors of the manuscript. The model for this document will be available for upload in the system.
Note: You must do the system registration in order to submit your manuscript. Go to the link http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo and follow the instructions. When you have finished the registration, click "Author Center" and begin the submission process.
The originals must be typed in Word or RTF, using Arial 12, respecting the maximum number of words defined per section of the Journal.
All originals submitted for publication must have an abstract and keywords relating to the topic (with the exception of Books, Brief notes and Letters).

The first page of the text must contain (in Portuguese, Spanish and English): the article's full title (up to 20 words), the abstract (up to 140 words) and up to five keywords.
Note: In case of counting the abstract's words, the title and the keywords are excluded.

Footnotes: These should be identified using lower-case superscript letters, in parentheses. They should be succinct and should only be used when necessary.

NOTE: during the submission process the author needs to indicate whether the text is unpublished, whether it was the result of a grant, whether it results from a master's thesis or doctoral dissertation, whether there are any conflicts of interest involved and, in case of research with humans, whether it was approved by an Ethics Committee in its field, specifying the process number.
In articles with two authors or more, the individual contributions to the preparation of the text must be specified.
The author also must answer the following question:
What your text adds to what has already been published in the national and international literature?
Please indicate two or three referees (from Brazil or abroad) who can evaluate your manuscript. If you consider necessary, inform about researchers with whom there may be conflicts of interest concerning your paper.

CITATIONS AND REFERENCES

Starting in 2014, the journal Interface is changing over to the Vancouver standard as the style to use for citations and references in manuscripts submitted.

CITATIONS IN THE TEXT

Citations should be numbered consecutively, according to the order in which they are presented in the text. They should be identified using Arabic numerals as superscripts.

Example:
According to Teixeira[1,4,10-15]
Important note: Footnotes will now be identified by means of lower-case letters, as superscripts, in parentheses. They should be succinct and should only be used when necessary.

Specific cases of citations:
a) Reference with more than two authors: in the body of the text, only the name of the first author should be cited, followed by the expression "et al."
b) Literal citations: These should be inserted in the paragraph between quotation marks ("xx"). If the citation already came in quotation marks in the original text, replace them with single quotation marks ('xx').
Example:
"The 'Uniform Requirements' (Vancouver style) are largely based on the style standards of the American National Standards Institute (ANSI), adapted by the NLM."[1]
c) Literal citation of more than three lines: in a paragraph inset from the text (with a one-line space before and after it), with a 4 cm indentation on the left side.
Note: To indicate fragmentation of the citation use square brackets: [...] we found some flaws in the system [...] when we reread the manuscript, but nothing could be done [...].
Example:

> This meeting has expanded and evolved into the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), and has established the Uniform Requirements for Manuscripts Presented to Biomedical Journals: the Vancouver Style[2].

REFERENCES
All the authors cited in the text should appear among the references listed at the end of the manuscript, in numerical order, following the general standards of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (http://www.icmje.org). The names of the journals should be abbreviated in accordance with the style used in Index Medicus (http://www.nlm.nih.gov/).
The references should be aligned only with the left margin and, so as to identify the document, with single spacing and separated from each other by a double space.
The punctuation should follow the international standards and should be uniform for all the references.

EXAMPLES:

BOOK
Author(s) of the book. Title of the book. Edition (number of the edition). City of publication: Publishing house; Year of publication.
Example:
Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Up to six authors, separated by commas, followed by "et al.", if this number is exceeded.
** Without indicating the number of pages.
Note:
If the author is an entity:
Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde. 3a ed. Brasília, DF: SEF; 2001.
In the case of series and collections:
Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

BOOK CHAPTER
Author(s) of the chapter. Title of the chapter. In: name(s) of the author(s) or editor(s). Title of the book. Edition (number). City of publication: Publishing house; Year of publication. First-last page of the chapter.
Note:
If the author of the book is the same as the author of the chapter:
Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.
If the author of the book is different from the author of the chapter:
Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Up to six authors, separated by commas, followed by "et al.", if this number is exceeded.
** It is obligatory to indicate the first and last pages of the chapter, at the end of the reference.

ARTICLE IN JOURNAL
Author(s) of the article. Title of the article. Abbreviated title of the journal. Date of publication; volume (number/supplement): first-last page of the article.
Examples:
Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

* Up to six authors, separated by commas, followed by "et al.", if this number is exceeded.
** It is obligatory to indicate the first and last pages of the article, at the end of the reference.

DISSERTATION AND THESIS
Author. Title of study [type]. City (State): Institution where it was presented; year when study was defended.
Examples:
Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [thesis]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertation]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

STUDY PRESENTED AT SCIENTIFIC EVENT
Author(s) of the study. Title of the study presented. In: editor(s) responsible for the event (if applicable). Title of the event: Proceedings or Annals of ... title of the event; date of the event; city and country of the event. City of publication: Publishing house; Year of publication. First-last page.

Example:
Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brazil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [accessed Oct 30, 2013]. Available from: www.google.com.br
* When the study has been consulted online, mention the data of access (abbreviated month and day followed by comma, year) and the electronic address: Available from: http://www.....

LEGAL DOCUMENT
Title of the law (or bill of law, or code...), publication data (city and date of publication).
Examples:
Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

* This follows the standards recommended in NBR 6023 of the Brazilian Technical Standards Association (Associação Brasileira de Normas Técnicas, ABNT, 2002), with its graphical standard adapted to the Vancouver Style.

REVIEW
Author(s). Place: Publishing house, year. Review of: Author(s). Title of the study. Journal. Year; v(n):first-last page.
Example:
Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

ARTICLE IN NEWSPAPER
Author of the article. Title of the article. Name of the newspaper. Date; Section: page (column).
Example:
Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

LETTER TO EDITOR
Author [letters]. Journal (City). Year; v(n.):first-last page.
Example:
Bagrichevsky M, Estevão A. [letters]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

PUBLISHED INTERVIEW
When the interview consists of questions and answers, the entry is always according to the interviewee.
Example:
Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [interview conducted by Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.
When the interviewer transcribes the interview, the entry is always according to the interviewer.
Example:
Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [interview with Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

ELECTRONIC DOCUMENT
Author(s). Title [Internet]. City of publication: Publishing house; date of publication [date of access with the expression "accessed"]. Address of the website with the expression "Available from:"
With page numbering:
Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [accessed Jun 20, 1999]; 40. Available from: http://www.probe.br/science.html

Without page numbering:
Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [accessed Aug 12, 2002]; 102(6):[about 1 p.]. Available from: http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle

* The authors should check whether the electronic addresses (URLs) cited in the text are still active.

Note:
If the reference includes the DOI, this should be maintained. Only in this case (when the citation was taken from SciELO, the DOI always comes with it; in other cases, not always).

Other examples can be found at
http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

ILLUSTRATIONS: Images, figures and drawings must be created as TIFF or JPEG files. Minimum resolution: 300 dpi. Maximum size: 16 x 20 cm, with captions and font Arial 9. Tables and tower graphs can be created as Word files. Other kinds of graphs must be created in image programs (corel draw or photoshop).

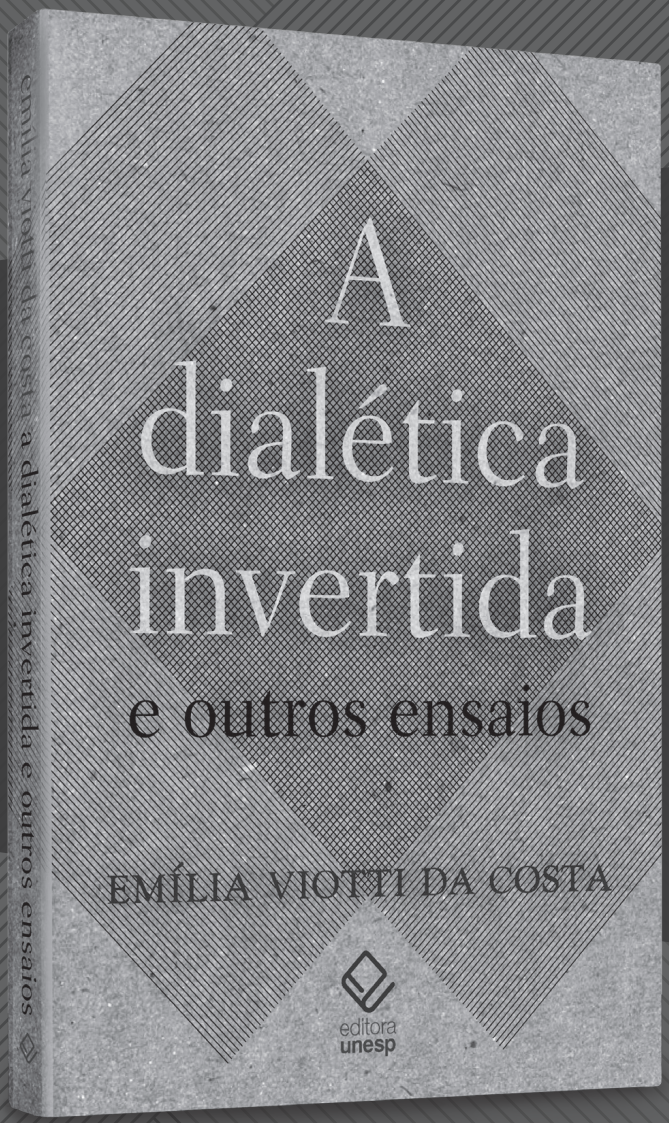
Note: In the case of texts sent to the Creation section, images should be scanned at a minimum resolution of 300 dpi and be sent in jpeg or tiff format, with a minimum size of 9 x 12 cm and maximum of 18 x 21 cm.

Submissions must be made online at:
http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo

ANALYSIS AND APPROVAL OF ORIGINALS
Every text will be submitted to a preliminary evaluation by the Editorial Board. If the text is approved, it will be reviewed by peers (two reviewers at least). It will be returned to the author(s) if the reviewers suggest changes and/or corrections. In case the reviewers have divergent opinions, the paper will be submitted to a third reviewer for arbitration. The final decision about the merit of the work is the responsibility of the Editorial Board (publishers and associated publishers). The texts are the responsibility of the authors and do not necessarily reflect the point of view of the publishers.
All content in the approved paper, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution, type BY-NC. Reproduction only for non-commercial uses is permitted if the source is mentioned. See details in: http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/

A dialética Invertida

e outros ensaios



Reunidos em livro pela primeira vez, estes ensaios expressam o leque temático sobre o qual Emília Viotti da Costa vem se debruçando nas últimas décadas. Escritos em diferentes períodos, os textos são, contudo, sempre marcados pelo brilho, contundência e objetividade característicos da autora.

Autora: Emília Viotti da Costa
R$ 42,00 · 14x21

Produzir conteúdo,
Compartilhar conhecimento.
Editora Unesp, desde 1987
www.editoraunesp.com.br

editora unesp

VOLUMEN 2 NÚMERO 1
ENERO / ABRIL 2006
ISSN 1669-2381

El Estudio de la Salud y el Género:
Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista
Mari Luz Esteban

Ordenando Relatos. Investigaciones sobre Salud y
Género en Programas Mexicanos de Estudios de la Mujer
Dora Cardaci

El Concepto Género en Documentos Gubernamentales
Sobre Salud y Nutrición en México
Monserrat Salas-Valenzuela, María del Pilar Torre Medina-Mora.

Saberes de Mujeres y Varones Triquis Respecto de la Crianza
de sus Hijos: Cambios y Continuidades Generacionales
Zuanilda Mendoza

Desigualdades en Salud:
¿Es Diferente la Percepción de Morbilidad de Varones y Mujeres?
Elsa López, Liliana Findling, Mónica Abramzón.

Géneros y Generaciones:
Conducta Reproductiva de los Mayas de Yucatán, México
Judith Ortega Canto

SALUD COLECTIVA

VOLUMEN 2 NÚMERO 2
MAYO / AGOSTO 2006
ISSN 1669-2381

Epistemología y Teoría del Conocimiento
Rolando García

Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo
de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones
Naomar Almeida-Filho

Educación Permanente en Salud: Una Estrategia para Intervenir
en la Micropolítica del Trabajo en Salud
Emerson E. Merhy, Laura C. M. Feuerwerker, Ricardo B. Ceccim

Pruebas Genéticas Predictivas y Percepción de Riesgos.
Apuntes para la Comunicación Pública de Contenidos sobre Biotecnología
Luis David Castiel, Javier Sanz Valero

Esterilizadas en Nombre de la Salud Pública: Raza, Inmigración
y Control Reproductivo en California en el Siglo XX
Alexandra Minna Stern

Marco Conceptual para la Definición del Desarrollo Sustentable
Ricardo Goñi, Francisco Goin

La Descentralización de Servicios de Salud en Córdoba (Argentina):
Entre la Confianza Democrática y el Desencanto Neoliberal
Iván Ase

SALUD COLECTIVA
Publicación cuatrimestral
co-editada por:

Universidad Nacional de Lanús

Salud Colectiva
Centro de Estudios para la Salud

Indizada en:
Latindex
Lilacs
Periódica
Redalyc
Binacis
BVS

VOLUMEN 2 NÚMERO 3
SEPTIEMBRE / DICIEMBRE 2006
ISSN 1669-2381

Informes y suscripción
revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Análisis de la Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil en los
Departamentos de Argentina. 1994-2003
Andrea L. Vega, Sebastián Torcida, Guillermo A. Velázquez

Cifras del Retroceso: El Deterioro Relativo de la Tasa de
Mortalidad Infantil de Argentina en la Segunda Mitad del Siglo XX
José C. Escudero, Cristina M. Massa

Muertes por Armas de Fuego: Un Eclipse en los Sistemas de Información en Salud
Gabriela Zunino, Hugo Spinelli, Marcio Alazraqui

Johann Peter Frank: Un Pionero de la Medicina Social
Henry Sigerist

Premio Conferencia Hugh Rodman Leavell: Globalización, Pobreza y Salud
Paulo Marchioni Buss

Salud Reproductiva e Interculturalidad
**Adriana A. Feltri, Jorge Arakaki, Luis F. Justo, Francisco Maglio, Florentino J. Pichún,
Martha I. Rosenberg, Hugo Spinelli, Mario Testa, Alicia M. Torres Secchi, Roxana C. Ynoub**

TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

VOLUME 8 I NÚMERO 2 I JULHO-OUTUBRO 2010 I ISSN 1678-1007

ENSAIO

Tramitação e desdobramentos da LDB/1996: embates entre projetos antagônicos de sociedade e de educação | ***Iria Brzezinski***

ARTIGOS

A Educação Permanente em Saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites | ***Josiane Vivian Camargo de Lima; Bárbara Turini; Brígida Gimenez Carvalho; Elisabete de Fátima Pólo Almeida Nunes; Rafaela de Lemos Lepre; Priscila Mainardes e Luiz Cordoni Junior***

A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? | ***Roberta Rodrigues de Alencar Mota e Helena Maria Scherlowski Leal David***

Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará | ***Aldiania Carlos Balbino; Mirna Marques Bezerra; Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas; Izabelle Mont´Alverne Napoleão Albuquerque; Maria Socorro de Araújo Dias e Vicente de Paulo Teixeira Pinto***

Profissão, docente de odontologia: o desafio da pós-graduação na formação de professores | ***Mariângela Monteiro de Melo Baltazar; Samuel Jorge Moysés e Carmen Célia Barradas Correia Bastos***

A relação professor-aluno no ensino da Odontologia na Universidade Federal do Espírito Santo | ***Aline Guio Cavaca; Carolina Dutra Degli Esposti; Edson Theodoro Santos-Neto; Maria José Gomes***

RELATO

Capacitação de técnicos de saúde: uma experiência pioneira no estado do Tocantins, Brasil | ***Arlindo Serpa Filho e Regiane Cristina Neto Okochi***

ENTREVISTA

Claudio Katz

RESENHAS

Conhecimento e imaginário social. David Bloor. Tradução de Marcelo do Amaral Penna-Forte. São Paulo: Editora Unesp, 2009, 300 p. | ***Maiko Rafael Spiess***

www.revista.epsjv.fiocruz.br

Trabalho, Educação e Saúde - EPSJV/Fiocruz
Avenida Brasil, 4365 - Manguinhos
CEP 21040-900 - Rio de Janeiro - RJ
tel: (21) 3865-9850 fax: (21) 2560-8279
e-mail: revtes@fiocruz.br

Caixa Postal 592
Botucatu - SP - Brasil 18.618-000
Fone/fax: (5514) 3880.1927
intface@fmb.unesp.br

Textos completos em
. <http://www.scielo.br/icse>
. <http://www.interface.org.br>

interface
comunicação saúde educação

Publicação interdisciplinar dirigida para a Educação e a Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia e as Ciências Sociais e Humanas.

INTERFACE
Superfície de contato, de tradução, de articulação entre dois espaços, duas espécies, duas ordens de realidade diferentes

Pierre Lévy